

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu kolledž

Ettevõtlusosakond

Anna Toots

**KOGEMUSNÕUSTAJA TEENUSE ARENDAMINE
PSÜÜHIKAHÄIREGA INIMESTELE TARTU LINNA NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja Arvi Kuura, PhD

Pärnu 2018

Soovitan suunata kaitsmisele

(juhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud „...“a.

TÜ Pärnu kolledži osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus.....	4
1. Kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamine ja kliendikäitumise spetsiifika ...	7
1.1. Psüühikahäirega inimeste kliendikäitumise spetsiifika.....	7
1.2. Võimalused kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamiseks psüühikahäirega inimestele	18
1.3. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse disainimise protsess ja meetodika	41
2. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse arendamine	50
2.1. Vaimse tervise teenuste pakkumise olukord Eestis ja Tartu linnas ning uuringu meetodika.....	50
2.2. Tegevusuuringu tulemused	61
2.3. Kogemusnõustaja kogukonnapõhine teenus psüühikahäirega inimesele.....	79
Kokkuvõte.....	88
Viidatud allikad.....	92
Lisad.....	101
Lisa 1. Koolituse Kliendist kodanikuks vaimse tervise valdkonnas tagasiside leht	101
Lisa 2. Ekspertintervjuu plaan.....	102
Lisa 3. Persoonad	103
Lisa 4. Klienditeekond	105
Lisa 5. Teenuseplaan	106
Lisa 6. Klientide fookusgrupi intervjuu	107
Lisa 7. Hindamisraamistik SAMET	109
Lisa 8. Kogemusnõustajate fookusgrupi kava.....	111
Lisa 9. Eelarve.....	112
Lisa 10. Sotsiaalne ärimudel	113
Summary	114

SISSEJUHATUS

Kogukonnad, mis suudavad tagada inimestele kuuluvuse, on terviklikumad võrreldes nendega, kus inimesed tunnetavad ennast tõrjutuna. Kogukonnapõhiste teenustega rahulolu suurendamiseks tuleb neid võimalikult hästi disainida. Kogukonnapõhise vaimse tervise teenuse arendamine toetab haavatavate sihtrühmade, sealhulgas psüühikahäirega inimesi nende igapäevaelus, mitmekesistab pakutavaid teenuseid ning aitab seeläbi kaasa positiivsetele ja tasakaalustatud muutustele kogukonnas. Olulised on ka ühiskonna võimalused, ressursid ja valmisolek pakkuda uuenduslikke teenuseid ning muuta need kättesaadavaks. Ressursside piiratuse tõttu ei suuda vaid avalik sektor probleeme lahendada ning tekivad avaliku, era- ja mittetulundussektori partnerlused. Et psüühikahäirega inimeste toimetulek ja kogukonda kaasatus oleks võimalikult hästi toetatud, tuleb sektoritevahelist partnerlust arendada. Mitmekesised ravi, rehabilitatsiooni ja hoolekande teenuste võimalused ning koostöö inimese lähivõrgustikuga toetavad kogukonna tasakaalustatud arengut.

Kogukonnapõhiste teenuste arendamine ja osutamine on aktuaalne, sest see toetab psüühilise erivajadusega kliendi iseseisvumist, toimetulekut elu muutustega ja laiemalt täisväärtusliku elu elamist. Eestis on käimas suurte hoolekandeesutuste ümberkujundamine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine. Paljud psüühikahäirega inimesed saavad endale uued elukohad üle Eesti suuremates linnades ja asulates. Psüühikahäirega inimese taastumist ja funktsioneerimist sotsiaalsetes rollides toetab küll võimalikult tavapärane elukorraldus, kuid sotsiaalsete rollide (taas)leidmisel ja kogukonnaga seostamisel on vajalik ka tugi muutustega toimetulekuks ja uutesse elukeskkondadesse sulandumisel. Selleks on võimalik lisaressurss kogukonnapõhine rehabilitatsiooniteenust, kus kasutatakse lisaks professionaalsele teadmisele kogemusteadmist. Rehabilitatsioonimeeskonna kogemusnõustaja on oma taastumise looga positiivseks eeskujuks. Kogemusnõustaja aitab mõista ja toetada kliendi psüühikahäirega elamise kogemust ja pakub seejuures emotsionaalset, sotsiaalset ja ka praktilist abi. Samas on kogemusnõustajad suur seni alakasutatud tööjõud ja kutse alles välja kujunemas.

Alates 2016. aastast on kogemusnõustajate kuulumine rehabilitatsioonimeeskonda Eestis riiklikult rahastatud ja sellega kaasnes ka võimalus neid tööle palgata.

Magistritöö uurimisobjekt on Heaolu ja Taastumise Kool, mis on sotsiaalteenuseid ja vaimse tervise valdkonna koolitusi pakkuv mittetulundusühing. Heaolu ja Taastumise Kool on riiklikult rahastatud rehabilitatsiooniteenuse osutaja. Heaolu ja Taastumise Kooli koostööpartneriks on AS Hoolekandeteenused, Eesti suurim hoolekandetasutuste omanik ja ööpäevaringse erihoolekandeteenuse pakkuja. Erihoolekandereformi käigus tegutsevad teenuse osutajad selle nimel, et üha vähem psüühikahäirega inimesi elab suurtes hoolekandetasutustes ja kasutab ööpäevaringseid erihoolekandeteenuseid, selle asemel toetatakse neid inimesi kogukonnapõhiste teenuste kaudu. Esimene linn, kus Heaolu ja Taastumise Kool ja AS Hoolekandeteenused kogukonnapõhise teenuse raames koostööd alustasid on Tartu.

Rehabilitatsioonimeeskonna mudel, kus kutselised ja kogemusnõustajad töötavad koostöös on uudne lähenemine toetada nende vastsete Tartu linna elanike kohanemist, toimetulekut ning üldisemalt rikastada sotsiaalhoolekannet kaasaegse teenuse osutamise viisiga. Samas on Heaolu ja Taastumise Kooli kui rehabilitatsiooniteenuse osutaja jaoks uudne toetada klienti, kellel on hoolekandetasutuses elamise kogemus, professionaalse aitaja ja kogemusnõustaja koostöös. Teenuse osutaja jaoks on vajalik leida sobilikud kogemusnõustaja töömeetodid ja täpne rolli meeskonnas ning psüühikahäirega inimese ümber olevas teenuste võrgustikus.

Magistritöö uurimisküsimus on, milline on psüühilise erivajadusega inimest toetav kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus ning mida tuleb teenuse osutajal arvestada kui meeskonnas on kogemusnõustaja? Magistritöö eesmärk on disainida Tartu linnas elavatele psüühikahäirega inimestele kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus.

Eesmärgi täitmiseks püstitatakse järgmised uurimisülesanded:

- selgitada akadeemilise kirjanduse analüüsiga välja psüühikahäirega teenuse kasutaja kliendikäitumise spetsiifika;
- analüüsida vaimse tervise teenuste spetsiifikat ja võimalusi kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamiseks psüühikahäirega inimestele;
- sünteesida kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse loomiseks sobiv teenuse disainimise protsess ja metoodika;
- selgitada välja Eesti vaimse tervise teenuste, mh kogemusnõustamise võimalused psüühikahäirega inimestele;

- määratleda kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse arendamiseks kasutatav uuringu metoodika;
- selgitada välja Tartu kogukonna näitel ootused kogemusnõustaja kogukonnapõhisele teenusele kasutajate ja pakkujate seas, koguda ja süstematiseerida andmed;
- disainida uuringu tulemusel kogemusnõustaja kogukonnapõhine teenus psüühikahäirega kliendile.

Teoreetilises osas tuuakse välja psüühilise erivajadusega inimeste kui teenuse kasutajate sihtrühma kliendikäitumise eripära. Defineeritakse teenuse mõiste ning kirjeldatakse teenuse väärtuse loomist ja koosloome võimalusi haavatavatele sihtgruppidele. Antakse ülevaade vaimse tervise teenuste spetsiifikast ning avaliku, era- ja mittetulundussektori koostöös pakutavate teenuste võimalustest ja väljakutsetest. Kirjeldatakse kogemusnõustamise teenuse pakkumise viisid, teenuse eesmärk ja sisu. Samuti analüüsitakse erinevate autorite käsitlusi teenuse disainiprotsessist. Selle põhjal sünteesib autor kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse loomiseks sobiva disaini protsessi ja metoodika.

Empiirilises osas keskendutakse kitsaskohtadele Eesti vaimse tervise valdkonnas seoses teenuse pakkumisega psüühikahäirega inimestele. Määratletakse uuringu metoodika ja valim eesmärgiga leida uusi viise kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuste osutamiseks psüühikahäirega inimestele. Tartu linna juhtumi põhjal antakse ülevaade tegevusuuringu tulemustest, mille aluseks on teenuse disaini protsessi etappide – info kogumine, andmete analüüsimine, ideede ja kontseptsiooni arendamine ja teenuse pakkumine, läbitöötamine. Tehakse ettepanekuid kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse edasiseks arendamiseks.

Magistritöö on suunatud teenust disainiva organisatsiooni Heaolu ja Taastumise Kooli juhtkonnale ja arendusmeeskonnale. Samuti on töö suunatud laiemalt vaimse tervise teenuseid pakkuvate organisatsioonide juhtidele ning arendusspetsialistidele, kes loovad kogukonna tasandil teenuseid psüühikahäirega inimeste ühiskonnaelus osalemise võimaluste suurendamiseks või parandamiseks. Lugejaskonda kuuluvad rehabilitatsiooniteenuse rahastajate Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa esindajad. Samas magistritöö on suunatud laiemalt ka neile, kes soovivad saada ülevaadet kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse loomiseks kasutatud disainiprotsessist. Kasusaajad on psüühikahäirega inimesed.

Märksõnad: kogemusnõustaja teenus, kogemusnõustaja rehabilitatsioonimeeskonnas, teenuse disain.

1. KOGUKONNAPÕHISTE VAIMSE TERVISE TEENUSTE ARENDAMINE JA KLIENDIKÄITUMISE SPETSIIFIKA

1.1. Psüühikahäirega inimeste kliendikäitumise spetsiifika

Vaimse tervise tasakaalustatud lähenemine pälvib üha enam tähelepanu. Maailma Terviseorganisatsiooni põhikirjas on defineeritud vaimse tervise mõiste järgmiselt: „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine“ (Riigikogu, 2005). Täenduslik on vaimse tervise määratluse ulatus – häiretest heaoluni, mis on tasakaalustatud lähenemisele aluseks.

Tasakaalustatud lähenemise puhul arvestatakse inimese elukogemusega, mis on mõnikord rõõmus ja rahuldustpakkuv, teinekord keeruline. Liialt positiivseid emotsioone või tipp-tasemel toimimist rõhutav käsitlus jätab kõrvale näiteks tervise piirangute tõttu vähem tulemuslikku tööd tegevad inimesed. Seepärast on oluline vaimset tervist mitmekülgselt käsitleda. Terviklik vaimse tervise käsitlus on arusaam, et vaimne tervis pole mitte haiguse puudumine, vaid ka piisaval tasemel heaolu (Provencher & Keyes, 2013, lk 278). Vaimse tervise kõikehõlmav definitsiooni kõlab: „Vaimne tervis on dünaamiline sisemise tasakaalu seisund, kus inimene kasutab oma võimeid kooskõlas ühiskonna üldiste väärtustega. Sisemise tasakaalu seisundit soodustavad vaimse tervise komponendid on kognitiivsed ja sotsiaalsed oskused, võime tunda, väljendada ja reguleerida emotsioone, aga ka teistega samastuda, paindlikkus ja oskus tulla toime kahjulike elusündmustega, toimida sotsiaalsetes rollides ning harmooniline keha ja vaimu suhe.“ (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015, lk 231-232) Autor peab oluliseks, et vaimse tervise mõistega seoses on käsitletud nii inimese sisemist heaolu tunnet kui ka tema sotsiaalseid oskusi ja toimimist sotsiaalsetes rollides ehk laiemalt kogukonnas.

Vaimse tervise hoidmise olulisus ühiskonnas ja igas kogukonnas on ilmne kui vaadata kahju, mis psüühikahäiretega (*mental disorder*) kaasneb. Maailmas kannatab 450 miljonit inimest psüühikahäirete all (Lietz, Lacasse, Hayes, & Cheung, 2014). Ühiskonna tasandil põhjustavad psüühikahäired sotsiaalsed ja majanduslikku survet, näiteks töövõimetus ja tööturult eemale jäämine, toimetulematus ja hoolduskoormus, enneaegne suremus, erinevad kulud (Keyes, 2013, lk 3). Kulud on seotud pikaajalise ravi ja ravimitega ning transpordi, teabe, hariduse, teadustööga ning tulude vähenemisega. Psüühikahäirete maksumuseks (*cost of illness*) arvestatakse 2,5 triljonit USA dollarit aastas. Kaotatud majandusliku toodangu väärtus (*value of lost output*) väljendab haiguste mõju majanduse kogutoodangule ehk kuidas suremus ja haigestumus vähendavad tööjõudu ja kapitali. (Bloom, et al., 2011, lk 14, 28) Vaimse tervise häirete ülemaailmne mõju mõõdetuna kaotatud majandusliku toodanguna on aastas hinnanguliselt 16,3 miljonit USA dollarit. Märkimisväärne mõju tuleneb sellest, et need haigused on suures osas kroonilised. Aastaks 2030 tuleneb 35% kaotatud toodangust vaimse tervise probleemidest. Näiteks on suur koormus depressioonihäire, alkoholismi ja skisofreeniaga seotud. (Bloom, et al., 2011, lk 26-30). Seega takistab psüühikahaigus majanduse arengut ja koormab sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi. Kui tervishoiu- ja sotsiaalteenused ei vasta vajadusele – ressursse on vaimse tervise valdkonnas vähe või neid kasutatakse ebaefektiivselt, siis suureneb inimeste toimetulematus veelgi.

Psüühikahäire olemuse selgitamiseks ei saa ühte tekke põhjust välja tuua. Tunnustatakse samaaegselt nii bioloogilisi selgitusi kui ka keskkonnast tulenevaid faktoreid (Tsuang, Bar, Stone, & Faraone, 2004, lk 73). Bioloogiline seletus viitab hälvetele aju funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi, näiteks hirmutunne või halvendavad kohanemist reaalsusega, näiteks hallutsinatsioonid (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer, & Vasar, 2000/2001, lk 21). Psühhosotsiaalsed tegurid mõjutavad, kas inimesed otsivad ja võtavad vastu vaimse tervisega seotud sekkumisi (Sirey, 2008, lk 703). Sotsiaalsete tegurite hulka kuuluvad stress, sissetulek, eluase, varajase lapsepõlve kogemused, sotsiaalne tõrjutus, ameti-koht, haridustase, sotsiaaltoetus, diskrimineerimine ja ressurssidele juurdepääs (Manderscheid, Ryff, Freeman, McKnight-Eily, Dhingra, & Strine, 2010, lk 4). Ulatuslik põhjuste loetelu tähendab, et psüühikahäirega inimeste vajadused on väga mitmekülgsed, seotud nii sisemaailmaga kui ümbritseva keskkonnaga. Terviseprobleemidega kaasneb, et haigestunute materiaalne heaolu on madal, lüheneb inimese eluiga, perel on toimetulekuraskused, on kulud ravile ja hooldusele, väheneb tööviljakus.

Psüühikahäirete olemuse selgitamisel on abiks psüühikahäirete liigid. Need on psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired, skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired, isiksus- ja käitumishäired, vaimne alaareng ning teised häired ja käitumissündroomid (WHO, Rahvusvaheline haguste klassifikaator). Need on haigused mõjutavad inimesi noorest eest alates, on seotud füüsiliste haigestumustega ja varase surmaga (Uher & Zwicker, 2017, lk 121). Tegemist on inimestega, kelle kannatusi leevendatakse ravimitega ja psühhoteraapiaga (Sirey, 2008, lk 703) ja kes õpivad oma haigusega igapäevaselt elama.

Igapäevaelus kogeb inimene kognitiivseid puudusi ja kahjustunud on funktsionaalsed toimingud (Harvey, 2011, lk 14). Enam toimetulekuraskusi tekitav haigus on skisofreenia (Harvey & Strassing, 2012, lk 73). Selle haigusega inimese toimetulekuraskused on seotud sotsiaalse maailma tajumisega. Sotsiaalse konteksti mõistmine, suhtlemine ja suhete arendamine on keeruline. Need raskused ei parane peale ravi saamist ja põhjustavad kroonilist funktsionaalset puuet. (Dodell-Feder, Tully, & Hooker, 2015, lk 236) Tulenevalt pikaajalisest häirest on takistatud inimese täielik ja tõhus osalemine ühiskonnas (Drew, 2011, lk 1669) ja sellest tuleneb suutmatus täita erinevaid sotsiaalseid rolle.

Lisaks haiguse sümptomitele ja toimetulematusele kaasnevad vaimse tervise probleemidega ka eksiarvamused (Corrigan & Watson, 2002, lk 16). „Vaimne ja psühhosotsiaalne toimetulematuse“ viitab, lisaks diagnoosi olemasolule, et inimene on kogenud häbimärgistamist, diskrimineerimist ja tõrjutust. (Drew, 2011, lk 1665) Sellega kaasnevad barjäärid ravile ja teenustele jõudmiseks. Kõigist tervishoiuteenuse kasutajatest kannatab vähemalt 25% ühe psüühika- või käitumishäire all, millest enamus on diagnoosimata või ravimata. (Bloom, et al., 2011, lk 26) Seega soodustab psüühikahäirega inimeste toimetulematust osaliselt ka ühiskond. Teiste inimeste poolsed eksiarvamused seavad psüühikahäirega inimesed veelgi keerulisemasse olukorda ja suurendavad igapäevaselt kogetavaid takistusi.

Antud töö keskmes on inimesed, kelle kliendikäitumise spetsiifilisus tuleneb psüühilisest erivajadusest. Autor keskendub suure abivajadusega klientide vajaduste uurimisele. Kuigi ka lühiajaliste (näiteks üks episood elu jooksul) vaimse tervisega seotud seisundite isiklikku ja sotsiaalset mõju ei tohi alahinnata. Haiguse poolt seatud piirangutest tulenevalt on vajadus toetada selle kliendigrupi toimetulekut ja võimet juhtida mõtteid, emotsioone, käitumist ja suhtlemist. Taastumise toetamisel on vajalik nii bioloogilisi, psühholoogilisi kui ka sotsiaalsed asjaolusid arvestada. Lisaks individuaalsetele omadustele määravad vaimset

tervist ja selle häired ka ühiskondlikud tegurid, näiteks poliitika, sotsiaalkaitse, elamis- ja töötingimused. Psüühikahäirega inimeste ühiskonnaelus osalemine on takistatud ja nad võivad olla tõrjutud.

Heaolu mõiste aitab toimetulematust käsitleda positiivses võtmes ehk toimetulekuna ja inimese soove arvestades. Heaolu-alases teadustöös on neli suunda (Slade, Brownell, Rashid, & Schrank, 2017, lk 2):

- Majanduslik heaolu käsitlus on seotud mõistetega nagu rahvuslik rikkus, sotsiaalsed tegurid, areng ja elatustase.
- Meditsiiniline suund tegeleb häirete ja haigustega.
- Psühholoogiline heaolu uurib subjektiivseid ja vaimseid aspekte.
- Integreeritud lähenemine arvestab majanduslikku, meditsiinilist ja psühholoogilist lähenemist ning keskendub positiivsele psühholoogiale ja taastumisele suunatud uurimistööle.

Ajalise kujunemise järjekorras nimetatud teadustöö suunad illustreerivad, et heaolu mõiste on omandanud indiviidist lähtuva käsitluse. Kuigi heaolu ei saa üheselt defineerida, vaatesuundi on mitmeid, on toodud üks definitsioonidest, mis toob esile heaolu erinevad aspektid. Heaolu on inimese jaoks seotud materiaalsete oludega nagu sissetulek, töö, elamistingimused ning elukvaliteediga nagu tervis, tööelu tasakaal, haridus ja oskused, keskkond, sotsiaalne kaasatus, kindlustunne ja subjektiivne heaolu. (OECD, 2013, lk 21) Autor peab oluliseks, et heaolu mõiste lähtub inimesest ja on seega seotud inimese subjektiivse hinnanguga tema tajutud probleemidele ja väärtussüsteemiga. Sellest järeldub, et ka psüühikahäirega inimesed võivad elada heaolutundega.

Heaolu subjektiivsele tähendusele ja edenemisele positiivsetele emotsioonidele tuginedes keskendub positiivne psühholoogia (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, lk 8). Rõhk on positiivse funktsioneerimise uurimisel ja inimese potentsiaalil ja arengul (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 376). Heaolu tähendab potentsiaali teostamist tänu inimvõimete arendamisele. Heaolu tulemust kirjeldavad näiteks teenuse juurdepääsetavus, teadmised, parem otsustusprotsess, individuaalne ja kollektiivne tervis, vähenev ebavõrdsus tervises ja heaolus, tarbija kaasamine, toetus ja sotsiaalne võrgustik. (Anderson, et al., 2013, lk 1206) Heaolu ja vaimse tervise mõiste on omavahel tihedalt seotud.

Vaimse tervise mõistet võib seletada heaolu seisundina, millel on emotsionaalne, psühholoogiline ja sotsiaalne komponent. Emotsionaalne heaolu hõlmab õnne, huvi elu vastu ja rahulolu (Keyes, 2014, lk 181). Psühholoogiline heaolu peegeldab võimekust aspektides nagu iseseisvus ja õnnestumine igapäevaelu kohustustes, keskkonna alane meisterlikkus, head suhted teiste inimestega, eesmärgi leidmine, enesega rahulolu ja isiklik areng (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 377). Seega on vaimne tervis ja heaolu üksikisiku jaoks tõhusa toimimise alus. See hõlmab võimet mõelda, tunda emotsioone, suhelda, elatist teenida, elust rõõmu tunda ja oskust tulla toime stressiga. Sotsiaalne heaolu viitab positiivsele toimimisele ja eeldab ühiskonda panustamist, kogukonda kuulumist ja usku kogukondlikku ühtsusesse (Keyes, 2014, lk 181). Sellest lähtuvalt võib vaimse tervise edendamist, kaitset ja taastamist pidada inimeste, kogukondade ja ühiskondade jaoks elutähtsaks ja heaolu suurendavaks.

Heaolu paljutahuline mõiste kattub mitmeti taastumise käsitlusega (Slade, Brownell, Rashid, & Schrank, 2017, lk 8). Kui taastumise mõtteviisi laiendada heaolu kontseptsioonile, võivad taastumise põhimõtted mõnel eluperioodil kehtida igaühe jaoks (Mental Health Commission of Canada, 2012, lk 16). Taastumisele suunatud mõtteviis on vaimse tervise valdkonnas laialt levinud. Taastumine muudab inimese hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmärgi, oskusi ja võimalusi elamiseks, töötamiseks ja õppimiseks ning sotsiaalseid rolle (Anthony, 1993, lk 14), (HM Government, 2011, lk 21). Taastumisega ei kaasne tingimata täielikku paranemist, kuid see on siiski viis elada rahuldustpakkuvalt ja lootusrikkalt piirangutest hoolimata, samas ka panustada ja vastutada (Anthony, 1993, lk 14), (Mental Health Commission of Canada, 2012, lk 16). Seega ei ole juttu tervenemisprotsessist, vaid nende inimeste elukäigust, kellel on selja taga tõsiseid üleelamisi ja kes õpivad elama haiguse poolt seatud piirangutega. Taastumisega kaasneb normaalne õigust olla kodanik (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams, & Slade, 2011). Üldiselt on taastumine ka hea elu loomuliku toetusega kogukonnas (Mental Health Commission, 2012, lk 11). Nii on taastumine inimese sügavalt isiklik protsess, kuid vähetahtsad pole ka välised, taastumist soodustavaid ja koostööd eeldavad tegurid nagu kogukonna toetus ja taastumisele suunatud vaimse tervise teenused.

Taastumisprotsessi märksõnad on kaasatus, lootus, identiteet, tähendus ja jõustamine (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011, lk 448-449). Oades, Deane ja Crowe (2017, lk 101) analüüsisid nii kogemusteadmisel põhinevaid taastumise kui heaolu käsitlusi ja jõudsid järeldusele, et psühholoogilise taastumise ja heaolu teooriate elemendid on sarnased. Tabelist 1 selgub, et lootusrikas pilk tulevikku ja eesmärkide seadmine on mõlemas käsitluses

asjakohased. Kokkupuutepunkt on ka identiteet, selle loomine ja minapildi aktsepteerimine. Tähendus ja eesmärk on ühtviisi läbivalt käsitletud. Taastumise mõlemad mudelid rõhutavad taastuja sisemisi protsesse, CHIME ka seotust ümbritsevaga. Kuigi positiivsed sotsiaalsed suhted on eeldusena tajutavad ka vastutuse mõiste juures. Jõustamine ja iseseisvus leiab käsitlemist mõlema lähenemise puhul. Keskendutakse tugevustele, vähem leevendamist vajavatele puudustele.

Tabel 1. Taastumise mudelid võrrelduna heaolu teooriaga

Taastumise mudel		Heaolu mudel	
Andersen <i>et al.</i> (2003)	Leamy <i>et al.</i> (2011) CHIME	Ryff (2014)	Seligman (2011)
Lootus	Lootus ja optimism	Tähenduslikud soovid ja eesmärgid	Positiivne emotsioon
Identiteet	Identiteet	Iseenda aktsepteerimine	
Tähendus ja eesmärk	Tähendus	Tähenduslikud soovid ja eesmärgid	Tähendus Kaasatus
Vastutus	Jõustamine Staatus	Iseseisvus Keskonnaalne osavus Suhte kvaliteet Jätkuv kasv	Positiivsed suhted Saavutus

Allikas: (Oades, Deane, & Crowe, 2017, lk 101, (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011, lk 448-449.

Haigus ei kulge sirgjoones ja võivad esineda tagasilangused. Kuid areng on alati võimalik. Protsess võib olla kiire või aeglane. (Hollander & Wilken, 2015, lk 32-34) Kuna taastumine on individuaalne, on ajaraam taastumiseks ja vahendid protsessi etappide vahel liikumiseks paindlikud (Andresen, Caputi, & Oades, 2006, lk 973). Taastumine on pigem teekond kui sihtkoht (Jacob, 2015, lk 118). Taastumise kujunemisloos iseloomustamiseks on järgnevalt kirjeldatud taastumise protsessi faase.

Faasidesse grupeerimine pole lõplik, ühe faasi tunnused võivad ilmneda ka teises faasis, näiteks võib inimene üht elu valdkonda stabiliseerida ja teises ümber orienteeruda. Faasides töötamine aitab teenuse osutajal kliendi taastumisprotsessi mõista ja tänu sellele sobivat tuge pakkuda. (Hollander & Wilken, 2015, lk 32-34) Faasid stabiliseerumine, ümber-orienteerumine ja taasintegreerumine on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Taastumisprotsessi faasid

Stabiliseerumine	Ümberorienteerumine	Taasintegreerumine
Võitlus haiguse ja haavatavusega, probleemide lahendamine. Peale kaotuse ja lootusetuse kontrolli ja tasakaalu saavutamine.	Kogemuste töötlemine ja mõistmine, tähenduse uurimine ja aktsepteerima õppimine, valikute tegemine, sihtide seadmine. Taastumisoskuste arendamine.	Uued rollid ja soovitud olukorra saavutamine eluaseme, töötamise, õppimise ja vaba aja veetmise valdkonnas. Tähendusrikas elu.

Allikas: Andresen, Caputi, & Oades, 2006, lk 973, Hollander & Wilken, 2015, lk 27-30, (Oades, Deane, & Crowe, 2017, lk 100.

Esimene taastumise protsessi faas on kriisile järgnev stabiliseerumine. Selles faasis inimene võitleb oma haigusega ja kogeb haavatavust. Iseloomulikuks on kontrolli saavutamine ja tasakaal. (Hollander & Wilken, 2015, lk 27-30) Tekib arusaam, et rahuldav elu on siiski võimalik (Andresen, Caputi, & Oades, 2006, lk 973). Ümberorienteerumisel tegeletakse läbielatu tagajärgedega ja otsitakse juhtunule tähendust. Selles faasis loeb palju toetav keskkond teenuse osutaja poolt, mis pakub aega ja võimalust oma kogemusloo ülesehitamiseks. Taasintegreerumise faasis võtab klient endale taas uusi rolle, ta elab koos haiguse poolt seatud piiranguga või on haiguse ületanud. (Hollander & Wilken, 2015, lk 27-30). Saavutatud tähendusrikka eluga kaasneb enesejuhtimine ja positiivne enesetaju (Andresen, Caputi, & Oades, 2006, lk 973), mis tähendab, et inimese elukvaliteet on oluliselt paranenud.

Teenuste kättesaadavus on psüühikahäirega teenuse kasutajate jaoks probleem (Rose, Fleischmann, & Schofield, 2010, lk 394). Barjäärideks on näiteks bürokraatlikud protseduurid, teenuste puudumine, ebavõrdsed võimalused eluasemega seoses, stigma (Wilken, Medar, Bugarszki, & Leenders, 2014, lk 55). Samuti on kliendid vaimse tervise teenustega rahulolematud, sealhulgas häirib ravimite liigkasutus, teenusepakujate lugupidamatu suhtlusstiil, vähene arutlemine ja jagatud otsuste tegemise võimalus (Lietz, Lacasse, Hayes, & Cheung, 2014, lk 162-164). Inimesed, kes tunnevad, et nende arvamusega ei arvestata, järgivad ravi juhiseid väiksema tõenäosusega. (Pickett, et al., 2012, lk 420). See tähendab, et laiemalt klientide elu puudutavaid otsuseid teevad teenuse osutajad. Teenuse kasutajad ootavad lähenemist, mis toetuks võrdsusele ja austusele, arvestaks nende individuaalsete vajadustega ja et spetsialist tõeliselt mõistaks nende lugu (Hollander & Wilken, 2015, lk 30). Austava suhte korral näeb klient, et tema arvamusega arvestatakse ja usaldus on seda sügavam.

Kus võimalik, suunavad inimesed ise taastumise protsessi – nad kontrollivad ja vastutavad oma taastumise protsessi eest (Bradstreet S. , 2006, lk 34). Kui inimene ei ole võimeline ise otsuseid tegema, siis on tema õiguste ja huvide kaitseks määratud eestkostja. Sellisel asendatud otsuse tegemise põhimõttel on eestkostjal õigus langetada otsuseid inimese asemel, kuid kaaluma peab kliendi soove ja väärtusi. (Tsuiman, 2014, lk 29) Hoiakud on erinevad. Vaimse tervise töötajate ootused on sageli madalad, samas taastuja perekond ja sõbrad võivad olla liiga kaitsvad või pessimistlikud, mida psüühikahäirega inimene teha ja saavutada saab (Jacob, 2015, lk 118). Kuna taastumise teekonnal oleval inimesel on juba niigi keeruline erinevaid rolle täita, siis suurendavad erinevad ootused seda raskust veelgi.

Taastumismõtteviisi omapära on ka kogemusnõustajate kaasamine teenuste osutamisel (Oades & Anderson, 2012, lk 6). Kogemusnõustamist kirjeldatakse kui heaolu mudelit, mis keskendub tugevustele ja taastumisele, inimese positiivsetele omadustele ja võimele efektiivselt toimida (Repper & Carter, 2011, lk 395). Kogemusnõustamine on abi pakkumine ja saamine inimeste vahel, kes üksteist austavad ja jagavad vastutust ja arusaamu kasulikkusest (Mead, International Peer Support, lk 1). Kogemusnõustajal on psüühikahäirega elamise kogemus ja ta osutab teenuseid teistele, sarnaste haigustega inimestele (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 376). Kogemusnõustajana töötamine tähendab aktsepteerimist, et haiguse episoodid võivad olla harivad ja arendavad ja anda inimesele oskused ja teadmised teiste taastujate aitamiseks (Bradstreet, 2006, lk 34). Eeldatakse, et sarnase kogemusega inimeste vaheline empaatia soodustab vastastikuse suhte tekkimist ja kogemuse jagamist. Vastastikune suhe on protsessi lahutamatu osa ja see eristab kogemusnõustajat teistest vaimse tervise spetsialistidest. Kogemusnõustamine on sotsiaalne, emotsionaalne ja tihti ka praktiline tugi, et jõuda soovitud sotsiaalse või isikliku muutuseni. (Repper & Carter, 2011, lk 395). Kogemusnõustaja poolne tugi on personaalne, mitte meditsiiniline, ta vaatleb pigem heaolu kui haigust (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 22). Viimane keskendub pigem sümptomitele ja probleemidele (Repper & Carter, 2011, lk 395). Kogemusnõustamise põhineb koostööl, võrdväärsel partnerlusel ja osalejatel, kes jagavad kogemusi taastumise erinevates faasides. (Chien, Lui, & Clifton, 2013, lk 2) Seega kogemisnõustamise alustalaks on arusaam, et sarnaste läbielamistega inimestel on üksteise suhtes parem mõistmine ning seetõttu on nad võimelised pakkuma paremaid nõuandeid ja empaatiat.

Kogemusnõustajatel on asjatundlikkus, mida psüühikahäirega kliendi vajaduste toetamiseks kasutada. Kogemusnõustamist käsitlevates uuringutes tuuakse välja erinevad taastumist

toetavad elemendid ja kogemusnõustamise kasulikkus psüühikahäirest taastuva kliendi jaoks (vt tabel 3).

Tabel 3. Psüühikahäirega kliendi vajadused ja taastumiskeskse lähenemise põhiväärtused (autori koostatud)

Psüühikahäirega kliendi vajadus	Taastumiskeskse lähenemise ja kogemusnõustamise kasu
Haiglapäevade vähenemine	Haiglas veedetud päevade arv väheneb ja kogukonnateenusel viibimise aeg pikeneb.
Jõustamine	Stabiilsem tööelu ja õppes osalemine. Kõrgem enesehinnang ja enesekindlus. Arenguküpsus ja enesejuhtimise strateegiad.
Sotsiaalne funktsioneerimine	Tähtsusetegud tegevused kogukonnas, kaasatus, enam sõpru, sotsiaalset toetust ja oskusi.
Empaatiline ja terapeutiline suhe	Vastastikune arusaam väljakutsetest, aktsepteerimise tunne. Vaimse tervise probleeme ei pea varjama. Turvaline hinnangutevaba suhe kogemusnõustajaga.
Stigmaga võitlemine	Teadlikkus vähem stigmatiseeritud suhetest ja keskkonnast. Kogemusnõustaja on positiivne eeskuju.
Lootuse tunne	Lootuse tunde loomine tänu suhtele kogemusnõustajaga, kes on positiivne eeskuju.
Informatsiooni kättesaadavus	Informatsiooni vahendamine, seostamine teenustega.

Allikas: Bradstreet, 2006, lk 34-35, Faulkner & Basset, 2012, lk 43-44, Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 379, Repper ja Carter, 2011, lk 395-397.

Psüühikahäirega kliendid vajavad periooditi haiglaravi. Tänu vaimse tervise taastumise protsessile väheneb haiglapäevade arv, pikeneb kogukonnateenustel viibimine ning kontroll sümptomite üle ning seos raviga on suurem (Repper ja Carter, 2011, lk 395-397). Väiksem haiglapäevade arv on ka võimalus hoida kokku kallite meditsiiniteenuste pealt.

Psüühikahäirega klientide käitumist iseloomustab ebastabiilsus tööl ja hariduse valdkonnas, neid saadab madal enesekindlus. Uute taastumiskesksete mõttemallide ja käitumise omandamisega paraneb enesehinnang ja enesekindlus ning kaasneb jõustatuse tunne, mis seda parandab. Repper ja Carter, 2011, lk 395-397 Saavutada tuleks arenguküpsus, mis on enam kui psüühiaatiliste sümptomite juhtimine (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 379), sest inimese elukvaliteeti, tervist ja heaolu mõjutavad mitmed sotsiaalsed, keskkonnaalased ja individuaalsed faktorid (Bradstreet, 2006, lk 34).

Kui klient ei soovi enam olla vaimse tervise patsient ja püüab ehitada üles uut identiteeti ja parandada sotsiaalset funktsioneerimist, siis kogemusnõustaja on positiivseks eeskujuks. Suhe kogemusnõustajaga on turvaline ja toetav viis leida kogukonnas tähtsusetegud tegevusi, ja sõpru, kogeda sotsiaalset toetust ning omandada sotsiaalseid oskusi. Empaatia ja aktsepteerimise tunne tekib kui kliendi väljakutseid mõistetakse. (Repper ja Carter, 2011, lk

395-397) Kuna hinnanguid ei anta, siis vaimse tervise probleeme ei pea varjama ja saab mõtteid ja tundeid jagada tagajärgi kartmata, võrreldes professionaalidega, kellega räägitakse vähem avatult ja hukkamõistu kartuses (Faulkner & Basset, 2012, lk 43). Seepärast ei ole empaatiline ja terapeutiline kogemusnõustaja ja kliendi vaheline suhe alati võimalik professionaali ja kliendi vahel (Bradstreet, 2006, lk 35). Kogemisenõustamine on võimalus anda psüühikahäirega inimestele teadmisi, oskusi ja toetust, et iseseisvalt elades täita kogukonnas väärtuslikke rolle.

Psüühikahäirega inimeste jaoks on stigma probleem (Rose, Fleischmann, & Schofield, 2010, lk 394). Kogemusnõustaja on edukas eeskuju ning seega on kliendil vähem põhjust enese stigmatiseerimiseks (Repper ja Carter, 2011, lk 395-397). Kogemusnõustaja aitab tõsta teadlikkust vähem stigmatiseeritud suhetest ja keskkonnast (Faulkner & Basset, 2012, lk 44). Kogemusnõustaja väldib kastidesse paigutamist, näiteks diagnoosi alusel sildistamist (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 22). Viis mitte stigmatiseerida ja hinnanguid anda teistele inimestele on panus ka ühiskonna kui terviku arengusse (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 22). See on panus kaasavama ühiskonna kujunemiseks.

Psüühikahäirega inimesed tunnevad end lootusetus olukorras. Lootuse tunne, usk paremasse tulevikku tekib kui kohtuda inimestega, kes on taastumas ja kes on leidnud raskustest väljapääsu (Repper ja Carter, 2011, lk 395-397). Lootuse tunnet loob kogemusnõustaja tänu suhtele kliendiga (Bradstreet, 2006, lk 35) ja see on taastumise jaoks oluline.

Oluline on informatsiooni pakkumine toetust vajavatele inimestele ja viitamine ka teistele abi saamise võimalustele (Faulkner & Basset, 2012, lk 44). Kogemusnõustamist peetakse ka võimaluseks seostada teenusega neid, kes seda muidu ei teeks (Bradstreet, 2006, lk 35, mis võimaldab toetust pakkuda rohkematele abivajajatele.

Autor võtab kokku, et psüühikahäirele on iseloomulik ebanormaalsete mõtete, emotsioonide, käitumise ja suhete kombinatsioon. Psüühikahäirega inimese ei tule toime ümbritseva tajumisega. Igapäevaselt on keeruline sotsiaalsete kontaktide mõistmine ja suhtlemine. Enam toimetulekuraskusi tekitav haigus on skisofreenia. Nende inimeste haigus ei kao peale ravi saamist ja sellega tuleb õppida elama. Psüühikahäirega inimesed võivad olla kogenud ka ühiskonna poolset häbimärgistamist, diskrimineerimist ja tõrjutust. Teiste inimeste poolsed eksiarmused seavad psüühikahäirega inimesed veelgi keerulisemasse olukorda ja suurendavad igapäevaselt kogetavaid takistusi.

Heaolu on seotud inimese materiaalsete oludega ja elukvaliteediga, mida inimene ise hindab oma väärtushinnangute põhjal. Sellest järeldub, et ka psüühikahäirega inimesed võivad elada heaolutundega. Heaolu ja vaimse tervise mõiste on omavahel tihedalt seotud, mõlemad on seotud inimese potentsiaali teostamisega tänu võimete arendamisele. Vaimse tervise edendamine ja taastamine suurendab inimeste, kogukondade ja ühiskondade heaolu.

Taastumine psüühikahäirest on protsess, mille käigus muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja võimalused ning sotsiaalsed rollid. Taastumise teekonnal läbib inimene üldistatult kolm faasi: stabiliseerumine, ümberorienteerumine ja taasintegreerumine. Need faasid ei ole lõplikud, inimese erinevad elu valdkonnad võivad olla erinevas seisus. Taastumine ei tähenda paranemist, vaid see on rahuldustpakkuv elamise viis haiguse poolt seotud piirangutest hoolimata. Taastumine on seotud elu mõtestamisega ja positiivse enesetajuga. Oluline on teotav keskkond. Samas on toimetulekut toetavate teenuste kättesaadavus psüühikahäirega inimeste jaoks probleem. See väljendub näiteks teenustele mitte jõudmises häbimärgistamise tõttu, teenuste puudumises, bürokraatlikes protseduurides.

Psüühikahäirega inimesed on suure abivajadusega ja vajavad mitmekülgset toetust. Taastumise mõtteviisi lahutamatu osa on kogemusnõustamine. Kogemusnõustamist võib nimetada heaolu mudeliks, mis keskendub inimese taastumisele ja võimele positiivselt toimida. Kogemusnõustamine on sotsiaalse, emotsionaalse ja praktilise abi pakkumine ja saamine, mis põhineb vastastikusel austusel ja empaatilisel suhtel. Partnerlus on võrdväärne, sest kogemusnõustajal on psüühikahäirega elamise kogemus ja ta jagab seda kliendiga. Uuringute põhjal toetab taastumiskeskne lähenemine ja kogemusnõustamine psüühikahäirega kliendi järgmisi vajadusi: haiglas veedetud aja vähenemine, stabiilsus erinevates elu valdkondades ja enesejuhtimise oskused, sotsiaalne funktsioneerimine, empaatilise ja terapeutilise suhte olemasolu, stigмага võitlemine, lootuse tunde olemasolu ning informatsiooni vahendamine ja teenustega seostamine.

1.2. Võimalused kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamiseks psüühikahäirega inimestele

Muutused majanduses on tinginud selle, et räägitakse teenuste revolutsioonist. Iseloomulik on, et teenusmajandus õitseb, tehnoloogia võimaldab teenuseid pakkuda ning inimestel on individuaalsed soovid ja vajadused. See on teenuse disaini võimalus toetada teenuste turgu ja luua uusi suhteid organisatsioonide ja klientide vahel. (Moritz, 2005, lk 23-27) Turgu valitseb loogika, kus majandusliku vahetuse põhialuseks on teenuste, mitte kauba pakkumine (Vargo & Lusch, 2004, lk 1). Samuti räägitakse teenindusühiskonnast. Samas teenused ei ole vaid majandussektor, vaid äri loogika ja vaatenurk konkurentsieelise kujundamiseks. (Grönroos, 2007, lk 2)

Teenuse kui mõiste defineerimine on olnud nii teadlaste kui praktikute diskussioonide sisu. Teenusele omistatakse mitmeid tunnuseid (vt tabel 4). Teenustel pole füüsilist kuju ja seetõttu on väljakutseks leida käegakatsutavaid viise, mis annavad edasi teenuse väärtust (Moritz, 2005, lk 29-31). Klient on osaliselt teenuste kaastootja (Grönroos, 2007, lk 53). Teenuse puhul on tootmine ja tarbimine vähemalt teatud määral üheaegsed (Moritz, 2005, lk 29-31) ja seetõttu on klientide kaasamist keerukas planeerida ja ette valmistada. Teenuseid ei saa ladustada ega omada, samas kliendid ootavad, et teenused on kiiresti kättesaadavad, nii et teenused kaotavad oma väärtust kui neid ei kasutata. (Moritz, 2005, lk 29-31) Teenused on keerukad protsessid, mis koosnevad tegevustest ja mida kogetakse aja jooksul mitmete kontaktide kaudu – kaks teenuse osutamise kogemust pole kunagi päris sarnased (Moritz, 2005, lk 29-31). Teenuse kvaliteeti on raske mõõta (Moritz, 2005, lk 23-27), sest teenuse protsessi tajub klient oma vaatepunktist lähtuvalt ja keerukas on ette näidata kvaliteedinäidiseid (Tooman, 2002, lk 86). Teenuse mitmetest tunnustest järeldub, et teenus on keerukas nähtus ja seega on teenust disainides otstarbekas teatud asjaoludega arvestada.

Tabel 4. Teenuse tunnused

Tunnus	Omadus
Klient	Teenuse tootmises kaastootja
Tõendus	Puudub füüsiline kuju
Tarbimine	Tootmine ja tarbimine on üheagsed
Kättesaadavus	Ei saa omada, koheselt kasutatav
Protsess	Keerukas, koosneb tegevustest ja kontaktidest aja jooksul
Kvaliteet	Raskesti mõõdetav

Allikas: Grönroos, 2007, lk 53, Moritz, 2005, lk 29-31, Tooman, 2002, lk 86.

Teenuste pakkumisel võib olla ühiskonna jaoks sotsiaalne mõõde, millega kaasneb, et avalik sektor pakub osaliselt või täielikult subsideeritud teenuseid. Samas avalik sektor ei pruugi teenuseid vahetult pakkuda, vaid võib luua alternatiivse võimalusena teenuste turu. (Kuura, 2002, lk 72-77) Teenuste turul tekib tööjaotus ning luuakse pikaajalisi ja püsivaid ärisidemed, mida eelistatakse, sest on tõhusad ja aitavad hoida kokku üksikuteks tehinguteks kuluvatelt ressurssidelt, näiteks muidu sagedasteks läbirääkimisteks kuluv aeg (vt. transaktsioonikulude kontseptsioon (Coase, 1937, lk 387-392, Kuura, 2002, lk 72-77, Sepp, 1997, lk 11-26) Avaliku ja erasektori partnerluse (*public-private partnership*) tulemused on alati avalikud ning kolmanda osapoolle, näiteks ühiskonna heaks (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015, lk 237). Tekivad kolme sektori organisatsioonide teenuste võrgustikud (*services network*), et vaesust ja isoleeritust ennetada, leevendada ja likvideerida ning kogukondi arendada (Proença, Proença, & Costa, 2018, lk 322). Seetõttu on koostöö võimalus leida vaimse tervise poliitika ellu viimisel ja teenuste osutamisel ühiskonna jaoks väärtuslikke lahendusi.

Usalduslikud suhted tekivad tänu koostöömisele ning ühiselt kasutatavatele ressurssidele. Mida pikemaajalisem on koostöö, seda rohkem õpitakse võrgustiku partnereid ja nende ootusi tundma, näiteks millised on kogukonna ressursid ja institutsioonid. Seda enam sarnaneb suhe lepingule, esinevad stabiilust pakkuvad rutiinid ja käitumismustrid. Usalduslik suhe viib omakorda tihedama koostööni ja vähendab ebakindlust teenuste pakkumisel. Seega on koostöö usalduslike suhete tekkimise eelduseks, kuid samas on see ka nende tagajärg. (Proença, Proença, & Costa, 2018, lk 336). Autor peab erinevate organisatsioonide vahelist usalduslikku koostööd oluliseks teenuste pakkumisel psüühikahäirega inimestele, et nende haavatavust terviklikult vaadata ja võimalikult tõhusalt vähendada.

Võrgustik moodustub tegevuste, ressursside ja tegevuste elluviijate kokkupuutel. Koostööd lihtsustab kõigi osapoolte avatus ja tahe ühist probleemi lahendada ja sellele vastavalt eesmärkide seadmine ja tegevuste ellu viimine. (Proença, Proença, & Costa, 2018, lk 337).

Kolmanda või erasektori teenuse pakkuja ja avaliku sektori strateegilised eesmärgid on erinevad, kuid koostöö tugineb ühistele väärtustele. Vastastikku arendatakse teenuseid ning lahendatakse probleeme, parandatakse teenuste tõhusust ja kvaliteeti, jagatakse kulusid, hüvesid ning lisandväärtust. (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015, lk 237-240) Kollektiivsete tegevuste elluviimisel erinevate ressursside kombineerimise tulemusel ja ühiste eesmärkide saavutamisel tajuvad võrgustiku osapooled koostööd väärtusena ja võrgustikku tugevusena. Seeläbi saab võrgustikus töötamisest ressurss iseenesest. (Proença, Proença, & Costa, 2018, lk 337) Koostöö tulemusel on valitsuse poliitika arusaadavam, riskijuhtimine ja finantsanalüüs paremad ning kriitilised edutegurid selgemini esile tõstetud (Tang, Shen, & Cheng, 2010, lk 684), ka teenuse pakkuja jaoks, kes saab selleks oma panuse anda. Oluline on kaaluda, kas partnerlus viib soovitud innovatsioonini, kuid kahe maailma parima ühendamisel tekib tugev ühisosa ressurssidest, juhtimisoskustest, tehnoloogiast, regulatiivsetest meetmetest ja üldistest huvide kaitsest (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015, lk 248-251). Seega on teenuse pakkujal võimalus osaleda ühiskonnas probleemide lahendamisel ja seeläbi oma strateegilisi eesmärgi ellu viia.

Avalik sektor peab lisaks rahastamisele teenuste turgu ka efektiivuse eesmärgil haldama. Teenuseid planeerides tuleb luua usaldusväärne raamistik ja standardid, järgida tulemuste ohutust, tõhusust ja kvaliteeti ning tagada teenuse tarbijate juurdepääs teenustele. (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015, lk 248-251) Seesugune teenuste turu korraldus loob teenuse pakkuja kindla tegutsemiskeskonna.

Partnerlusel on tähtis majanduslik mõõde. Partnerlus aitab valitsusel toime tulla suurenevate kuludega ja piiratud riigieelarvetega (Torchia, Calabrò, & Morner, 2015, lk 237-240), sealhulgas vaimse tervise valdkonnas, kus psüühikahäiretega kaasnevad kulud on ulatuslikud. Ka eraõiguslike teenuste seisukohalt on väga oluline erinevate rahastusallikate olemasolu, näiteks riigi ja kohaliku omavalitsuse eelarve, juriidiliste ja füüsiliste isikute finantsid, fondid ja sihtkapitalid ning laekumised mittetulunduslikust tegevusest, annetustest ja sponsorlusest (Medar, 2002, lk 49). Mittetulundusühingu näitel peaks teenuse osutamine avalikule sektorile parandama teenuse pakkuja majandusseisu ning andma lisaressursse põhikirjaliste eesmärkide saavutamiseks. Kui osa üldkuludest ei arvestata teenuse hinna sisse või kogukulu hinnatakse tegelikult madalamaks, katab mittetulundusühing oma eelarvest teenusega seonduvad kaudsed kulud ja subsideerib avalikku teenust. Peamine põhjus selleks on avaliku sektori parem läbirääkimiste positsioon mittetulundusühingute suhtes. (Altnurme, 2002, lk

23). Partnerlus loob paremad majanduslikud eeldused, kuid ainult sel juhul kui tingimused on mõistlikud ja partnerid saavad üksteist usaldada.

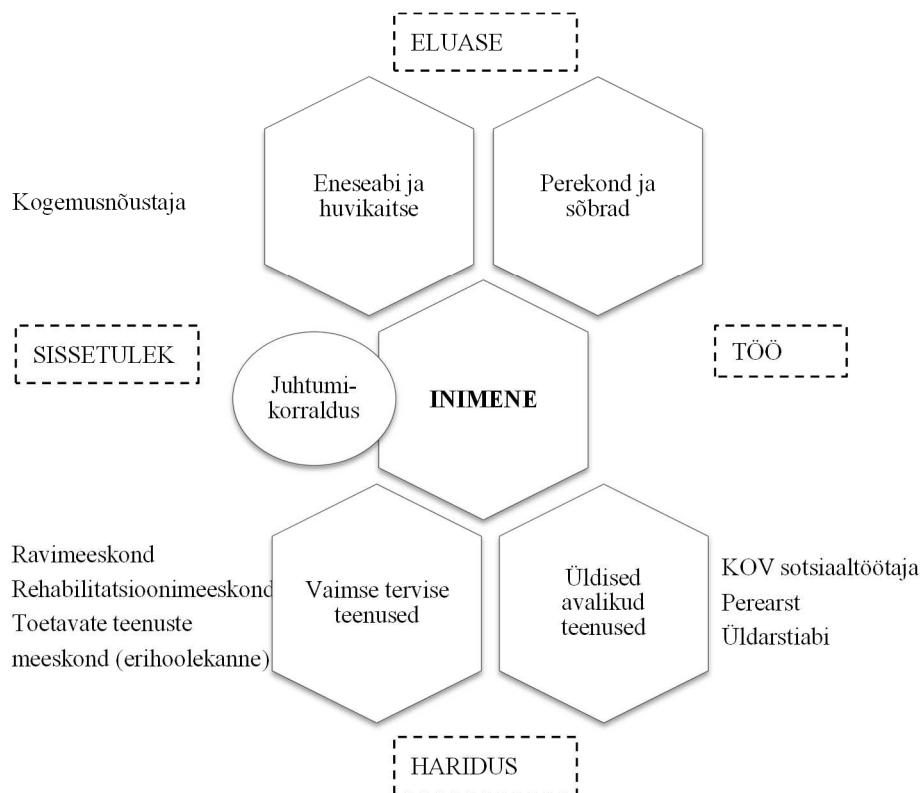
Väärtus tekib kõikide protsessi osapoolte tegevuste kogumist, mis on kliendi jaoks väärtuslikud. Siiski teenuse osutaja vastutab väärtuse loomise ja kliendi kaasamise eest protsessi. Väärtuse loomine on toodete ja teenuste keskses lähenemises erinev. Toodete keskses lähenemises (*goods-dominant logic*) saab klient tooted kokkulepitud hinna alusel. Teenuse pakkuja on kliendid segmenteerinud ja propageerib selle alusel tooteid. Pakkumist mõjutavad klientide tarbimisharjumused. (Grönroos & Gummerus, 2014, lk 203-214) Teenuse domineeritud lähenemises (*service-dominant logic*) on kliendi roll keskne, mitte enam klientide ühisjoontel (Heinonen & Strandvik, 2018, lk 2). Vahetusväärtuseks on teenus ja väärtus luuakse just tänu sellele. Ka tooted omandavad väärtuse kasutamise kaudu ehk tänu teenusele, mida nad pakuvad. Seega teeb teenuse pakkuja väärtuspakkumisi ja vaid koostöös, peale väärtuspakkumise aktsepteerimist kliendi poolt, luuakse väärtus. (Grönroos & Gummerus, 2014, lk 203-214) Selle juures peetakse klientide tegusid ja otsuseid loogiliseks, isegi kui see nii esmapilgul ei paista. Loevad arvestatavad asjaolud kliendi jaoks, tema eesmärgid, ressursid ja kogemused (Heinonen & Strandvik, 2018, lk 5). Teenuse osutaja jaoks on oluline mõista, mida väärtus kliendi jaoks tähendab, et klient teenuse pakkujaga end seoks.

Klientide üksikasjaliku mõistmise ja kaasamise vajalikkust, et tabada klientide motivatsiooni, soove ja käitumist, väljendab nägemus kliendi- ehk kasutajakesksusest (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 46-48). Mõistmise muudab keerulisemaks, et kliendi ja teenuse osutaja vastastikune mõju on lai. Mõju on igal ajahetkel kui klient on väärtuse loomise protsessi käigus teenuse osutajale „nähtav“, ükskõik mis aspektis (Anderson, et al., 2013, lk 1204). Kliendi terviklikuks mõistmiseks tuleb tõlgendada kolme liiki tegevusi: otsene suhtlus teenuse osutaja ja kliendi vahel, teenuse kasutamisega seotud põhitegevused (omavad kliendi jaoks kõige suuremat tähtsust) ja kõrvaltegevused näiteks nagu kommunikatsioon (Heinonen & Strandvik, 2018, lk 5). Igasugune kontakt kliendiga on väärtuslik.

Teenuse väärtuse loomisel on ressursiks teadmised ja oskused. Väärtuse loomine toimub kolmes sfääris: kliendi jaoks suletud teenuseosutaja sfäär, teenusepakkujale suletud kliendi sfäär ja ühine sfäär, kus kliendid ja teenusepakkujad suhtlevad ja väärtust loovad. Selles ühtses loomeprotsessis loovadki kõik osapooled väärtust. (Grönroos & Gummerus, 2014, lk 203-214) Kõik tegurid, mis on selle teenuse raames olulised, näiteks inimesed, teised teenuse

osutajad ja kliendid, moodustavad kliendi ümber ökosüsteemi. Ökosüsteem on pidevalt muutuv ja mõjutab kliendi tegevust ja teenuse kasutamise kogemust. Seega luuakse väärtus kliendi ökosüsteemis. Väärtuse kujundab klient, see on tema subjektiivne ja muutuv tõlgendus (Heinonen & Strandvik, 2018, lk 5-6), millele teenuse pakkuja saab vaid eeldused luua.

Taastumine ja koostöösuhe eeldavad kliendikeskset lähenemist teenuse sisus, osutamise protsessis ja koostöö mudelites (Slade & Wallace, 2017, lk 28-29). Teenused on vaid üks osa kliendi sotsiaalsüsteemist, kuhu kuuluvad näiteks ka tema pere ja sõbrad (Heinonen & Strandvik, 2018, lk 5). Kliendi käitumise tõlgendamisel on võimalik vaadelda inimese perekonna, tema lähedaste, samuti töökollektiivi või laiemalt kogukonna heaolu. Kliendi võrgustik, kogukond ja sotsiaalkultuuriline keskkond mõjutab kliendi tervisealaseid otsuseid ja seega võivad teenuste tulemused tuua laiemaid muutusi klientide, nende perekondade, töötajate ja kogukondade jaoks (Anderson, et al., 2013, lk 1207-1208). Joonisel 1 on toodud taastumisele suunatud teenuste kliendikeskne ökosüsteem. Mudel kirjeldab erinevaid elemente, mida inimene vajab täisväärtusliku elu elamiseks ja sellest on abi funktsioonide ja vastutuse jagamisel üksikisiku, riigi ja kohaliku omavalitsuse vahel. (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer, & Vasar, 2000/2001, lk 26) ja teenuste turu korraldamisel. Sissetulekut, eluaset, töö ja hariduse võimalusi sobib nimetada kogukonna erinevateks ressursideks, millega teenuse osutajad saavad töötada.



Joonis 1. Taastumisele suunatud kliendikeskne ökosüsteem (autori koostatud (Anthony & Farkas, 2009, lk 12), (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer, & Vasar, 2000/2001, lk 26-27), (Possin, et al., 2017, lk 3) põhjal)

Psüühikahäirega inimese probleemid peavad maksimaalselt saama lahendatud üldiste avalike teenuste süsteemide kaudu. Näiteks kui inimesel ei ole tööd, siis selle saamist toetab tööturu-teenuseid pakkuv asutus. Spetsialiseerunud teenuseid kasutatakse alles siis kui üldistest avalikest teenustest ei piisa. (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer, & Vasar, 2000/2001, lk 27) Juhtumikorralduse kaudu teadvustuvad kliendi vajadused ja soovid ja teenused muutuvad kättesaadavaks (Anthony & Farkas, 2009, lk 12). Juhtumikorraldusega on seotud ka sobivate rahastusallikate tagamine. Abi pakkumisel tuleks esmalt veenduda, et psüühikahäirega inimese baasvajadused on täidetud. Baasvajaduste tagamine tähendab hoolitseda inimeste vajaduste eest ellu jääda, näiteks peavari, söök, tervishoid (Anthony & Farkas, 2009, lk 12).

Ravimeeskond tegeleb haiguse sümptomite ja vaevuste leevendamisega. Isiklikku turvalisust toetab ka kriisisekkumine ohtlike probleemide kontrollimiseks või lahendamiseks. (Anthony & Farkas, 2009, lk 12) Ravimeeskond võib töötada näiteks psühhiaatriaiglas, üldhaigla psühhiaatria osakonnas või mõnes kogukonnapõhises üksuses. Psühhiaatriliste rehabilitatsiooniteenuse oodatav tulemus on kliendi oskuste arendamine kuni taastub tema funktsioneeriv roll ja vajadusel toetuse jätkumine eesmärkide saavutamiseks. Eneseareng

toimub kui klient on kaasatud rahuldustpakkuvatesse tegevustesse (Anthony & Farkas, 2009, lk 12). Haiguse tagajärgedega tegelevad näiteks vaimse tervise teenuseid pakkuvad päevakeskused ja klubimajad.

Vaimse tervise teenused on ebaõnnestunud kui kahjustavad enesemääramisõigust ning väljendavad pessimismi ja lootusetust (Amering, Mikus, & Steffen, 2012, lk 14). Õiguste kaitse väljendub huvikaitse propageerimises ja võrdsete võimaluste eest seismises. Eneseabi on seotud jõustamisega, et harjuda valikuvõimalustega ja hääleõigusega. (Anthony & Farkas, 2009, lk 12) Seega edendab taastumiskeskse praktika kodanikuks olemist (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams, & Slade, 2011, lk 1474). Ja selles on oma roll kliendi esindusorganisatsioonidel.

Erinevad vaimse tervise teenused toetavad inimest taastumise teekonnal. Taastumisliikumise eestvedajad näevad taastumist kui protsessi, mille eesmärk on saavutada täisväärtuslik ja väärtusrikas elu, tuginedes funktsioonidele, mida haigus säästis, hoolimata sellest, et muud funktsioonid on kahjustunud (Slade, et al., 2014). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on aidata psühholoogiliste, sotsiaalsete ja muude piirangutega inimesel oma elukvaliteeti parandada (Hollander & Wilken, 2015, lk 13). See on teenus, mis soodustab rahulolu kliendi poolt valitud ja väärtustatud rollides (Farkas, 2007, lk 68) kodus, tööl ja muudes keskkondades (Hollander & Wilken, 2015, lk 13). Rehabilitatsioon on ka psühhosotsiaalsete sekkumiste teadmiste kogum (Wilken & Hollander, 2013, lk 5) ehk tööriist rehabilitatsiooni spetsialistidele inimese toetamisel. Mainekas kutseühing Ameerika Ühendriikide Psühhiaatrilise Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon on heaks kiitnud kõikehõlmava definitsiooni: „Psühhiaatriline rehabilitatsioon soodustab taastumist, täielikku integreerumist ühiskonda ja paranenud elukvaliteeti inimeste jaoks, kellel on diagnoositud vaimse tervise seisund, mis tõsiselt kahjustab nende võimet elada tähendusrikast elu. Psühhiaatrilised rehabilitatsiooni-teenused on suunatud koostööle, inimese enda poolt juhitud ja kliendikesksed. Need teenused on tervishoiu ja laiemalt teenuste spektri oluline element ning need peaksid olema tõenduspõhised. Need keskenduvad sellele, et aidata inimestel arendada oskusi ja kasutada ressursse, mis on vajalikud, et suurendada nende suutlikkust olla edukas ja rahul oma valitud elu-, töö-, õppimis- ja sotsiaalses keskkonnas.” (Anthony & Farkas, 2009, lk 9) Autor peab oluliseks, et teenusega rahulolu mõõdetakse inimese enda kogemuste põhjal.

Psühhiaatriline rehabilitatsioon on toonud vaimse tervise valdkonda väärtused, mis on aluseks teenuse pakkumisel ja arendamisel (vt tabel 5). Rehabilitatsiooni esimene põhiväärtus

on isikukesksus, mis tähendab, et professionaalse teenuse saaja rollis olev inimene ei ole haigus või puue. Ta on terviklik, professionaalse teenuseosutajaga võrdväärne inimene. Mõlema inimese tugevused ja nõrkused ning väärtuslikud kogemused on lähtekoht abistava suhte loomisel. Oluline on usk, et inimesel on võime haigusest taastuda või oskus õppida elama täisväärtuslikku elu, ka haiguse piirangutega. (Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22)

Teisisõnu on alati olemas kasvupotentsiaal. Klient on partnerina kaasatud (Anthony & Farkas, 2009, lk 11) ja tema eelistused igapäevase toimimise parandamisel elu-, töö-, õppimis- ja sotsialiseerumise valdkondades on kogu aeg tähelepanu keskmes. Rehabilitatsiooni hinnatakse läbi inimese edu ja isikliku rahulolu, sõltumata tema läbi-elatavatest raskustest. Professionaal pühendub kliendi eesmärgile. Professionaali poolne toetus võib seejuures olla moraalne, oskuste õpe, rahaline, mõne tegevuse toetamine ning klient tajub seda subjektiivselt. Loomulikku toetust oodatakse kliendi jaoks olulistelt inimestelt. Kaasatus ja osalemine eeldab pidevat dialoogi kliendi ja professionaali vahel ja osalemist aktiivses protsessis. Samuti leitakse, et kliendid peavad olema kaasatud ka rehabilitatsiooniprogrammide ja -teenuste arendamisse ja kvaliteedi tagamisse. (Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22) Seda nimetatakse jagatud otsuste tegemiseks. Samuti on teenus orienteeritud konkreetse tulemuse saavutamisele. (Anthony & Farkas, 2009, lk 11)

Tabel 5. Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni põhiväärtused (autori koostatud)

Väärtus	Kirjeldus
Isikukesksus ja tugevustepõhine lähenemine	Inimene on tervik, oma tugevuste, nõrkustega ja väärtuslike kogemustega. Klient ja aitaja on võrdväärsed. Kasvupotentsiaal on alati olemas.
Funktsioneerimise paranemine	Igapäevased tegevused ja abi andmine lähtudes inimese enda eelistustest. Klient on partner tähendusrikka elu loomisel. Hindamisel keskendumine kliendi edule ja isiklikule rahulolule.
Toetus	Toetusel on palju vorme: moraalne, oskuste õpe, rahaline, igapäevategevused, subjektiivne. Töötaja kasutab oma isikut toetust pakkuva vahendina.
Kaasatus ja jagatud otsused	Pidev dialoog kliendi ja professionaali vahel. Kaasatud kliendi jaoks olulised inimesed. Klient kui tegevuste praktiseerija, ka rehabilitatsiooniprogrammide looja ja kvaliteedi tagaja.
Valikuvõimalus	Kõigil inimestel on samad õigused ja vabadused valikuid teha. Töötaja pakub toetust, oskusi ja teavet valikuvõimaluste loomiseks.
Tulemustele orienteeritus	Suunatud kliendi soovitud elukvaliteedi ja funktsioneerimise tagamisele sotsiaalsetes rollides.
Usk	Inimese võime taastuda ja oskus õppida elama täisväärtuslikult.
Keskkonna spetsiifilisus	Keskkonnad on elu-, töö-, õppimis- ja sotsialiseerumise valdkond, kus toetatakse kliendi sotsiaalsete rollide täitmist. Vajadusel kohandatakse keskkonda (sotsiaalne sekkumine).

Allikas: Anthony & Farkas, 2009, lk 11, Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22.

Inimestel peab olema valikuvõimalus (Anthony & Farkas, 2009, lk 11) otsustamiseks, kuidas ja kus elada, töötada või õppida, samuti kuidas ja kelle poolt toetatud olla. Rehabilitatsiooni töötaja roll on pakkuda valikuvõimaluste loomiseks vajalikku oskusi, toetust ja teavet. Leitakse, et mida enam suudab inimene teha ise valikuid, seda enam on ta motiveeritud eesmärke seadma ja neid ellu viima. Selleks võib olla vajadus sotsiaalselt sekkuda ehk keskkonda kohandada. Nii on võimalik arendada oskuseid samas keskkonnas, kus inimene elab või töötab, sest kognitiivsete piirangute tulemusel võib olla takistatud võime teha üldistusi. (Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22) Erinevate sotsiaalsete, hariduslike, vabatahtliku tegevuse ja tööhõive võimaluste kasutamine toetab personaalset taastumist (Jacob, 2015, lk 119). Samas on väljakutse arendada vaimse tervise teenuste suunda, kus inimese enda arusaam taastumisest on esikohal (Slade, et al., 2014) ja inimene on kogukonda kaasatud (Jacob, 2015, lk 119).

Enam kui miljon last ja täiskasvanut Euroopas elab erinevates hoolekandenasutustes, sealhulgas vaimse tervise probleemide tõttu (European Exper... , 2012, lk 21) ja seepärast on kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamine jätkuvalt aktuaalne. Hoolekandenasutust käsitletakse institutsioonina kui elanikud on kogukonnast eraldatud ja/ või sunnitud elama üheskoos, neil puudub piisav kontroll oma elu ja seda mõjutavate otsuste üle ning organisatsiooni vajadused on ülemuslikumad elanike isiklike vajaduste üle (European Expert..., 2012, lk 25). Iga inimene peab elama nii kaua kui võimalik tavapärastes tingimustes ning selle normaliseerimisidee leviku jätk on deinstitutionaliseerimine, mis tähendab teenuste järk-järgulist väljatoomist suletud režiimiga hoolekandenasutustest. (Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer, & Vasar, 2000/2001, lk 26) Samas on deinstitutionaliseerimise tähendus laiem, sest hõlmab ka toetavate teenuste osakaalu suurendamist, paindlikumat ja kättesaadavamat teenustesüsteemi kogukonnas ning jätkusuutlikumat ja tulemuslikumat teenuste osutamist (Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020, 2014). Institutsionaalselt hoolduselt üleminek kogukonnateenustele puudutab seega nii füüsilist keskkonda kui ka hoiakute ja käitumise muutumist. Kogukonnateenusel olevate inimeste jaoks on taastumise aspektidest oluline kontrolli saavutamine füüsilise ja sotsiaalse keskkonna üle (Yates, Holmes, & Priest, 2012, lk 111). Nii spetsialistid kui „patsiendid“ peavad loobuma „haige olemise“ või „haiglas olemise“ mentaliteedist (Hollander & Wilken, 2015, lk 26-27), et psüühikahäirega inimestel oleks võimalik osaleda tavapärastes tegevustes koos ülejäänud kogukonnaliikmetega.

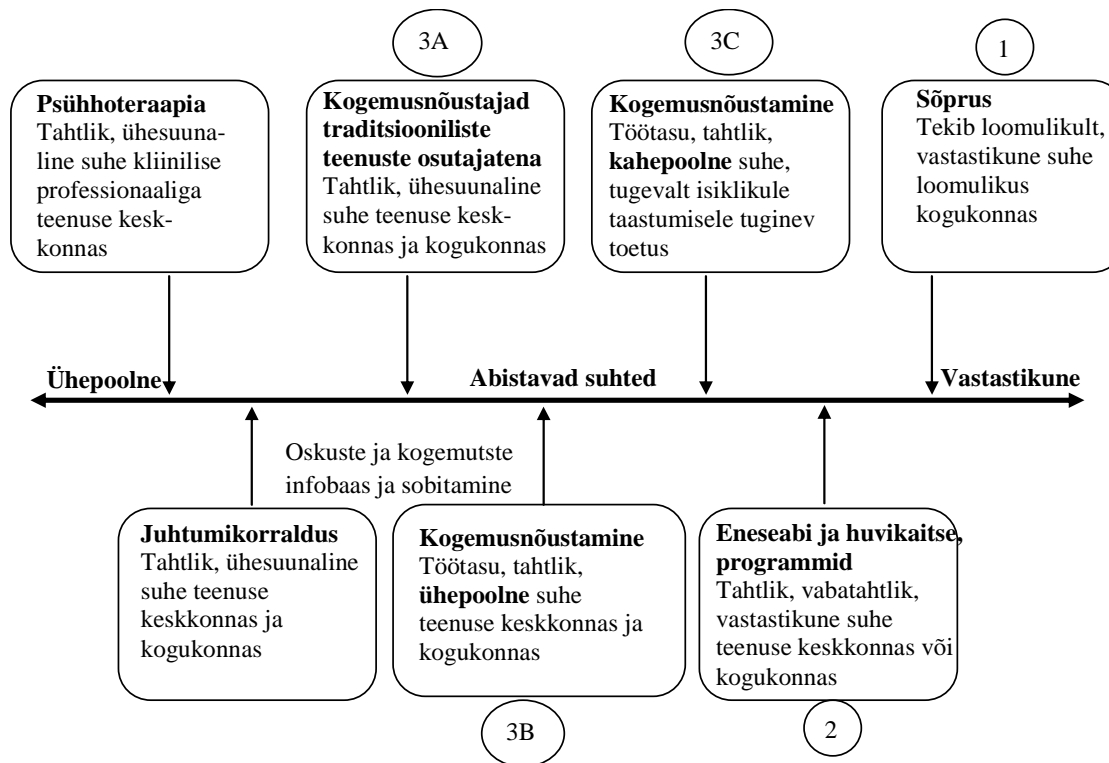
Vaatamata haiguse sümptomite säilimisele kogukonnas ja raskustele sotsiaalse käitumisega, eelistavad psüühikahäirega inimesed kogukonnas elu haiglale, sest on võimalus osajaga töötada, osaleda sotsiaalsetes võrgustikes ning elukvaliteet tervikuna on parem. Hea teenustesüsteemi korral on kulud kõrged olenemata inimese elukohast. Uus kogukonnas korraldatud hooldus võib olla kallim kui pikk viibimine haiglaravil, kuid seda võib siiski pidada kulu-tõhusamaks kui saavutatakse paremad tulemused. (Knapp, Beecham, McDaid, Matosevic, & Smith, 2011, lk 122) See on muudatuste elluvijate prioriteetide küsimus.

Ühiskondlikul tasandil on rehabilitatsioon liikumine, mis soovib muuta suhtumist psüühikahäirega inimeste häbimärgistamisega seoses ühiskonnas ja ka poliitilisel ja seadusandluse tasandil ning kodanikke ühiskonna liikmeks reintegreerida (Farkas, 2007, lk 68, Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22). Pikaajaliste psühhiaatriliste üksuste sulgemine on kogukonnas elavate raske psüühikahäirega inimeste arvu suurendanud, kuid siiski elatakse isoleeritult (Jacob, 2015, lk 119). Sotsiaalne isoleeritus on vaimse tervise probleemidega inimeste suurimaid väljakutseid. Suhted on pealiskaudsed (nagu näiteks kassiiriga) ja on vähe kontakte, mis ei ole seotud vaimse tervise spetsialistidega (Repper & Carter, 2011, lk 397). Taastumisele aitab kaasa sotsiaalne kaasamine (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 379) ja selle suurendamine on kõigi vaimse tervise valdkonna professionaalide kohustus (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 519). Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon toetab küll puuetega inimese sotsiaalseid rolle (Wilken & Hollander, 2013, lk 11-22), positsiooni taastamist kogukondades, osalemist tavapäraistes tegevustes ja võimaluste kasutamist koos kõigi teistega, kuid sotsiaalse kaasamine ja sümbiootilised suhted eeldavad inimeste vastastikust austust (Jacob, 2015, lk 119) ja solidaarsuse ja avatuse edendamiseks tehtavat kogukonnatööd (Farkas, 2007, lk 68). Nii on rehabilitatsioon käsitletav ka kogukonna vaimse tervise teenusena ja alternatiivina institutsionaalsele hooldusele (Wilken & Hollander, 2013, lk 5), sest vajadustest lähtuvalt on kaasaegne teenuste pakkumise süsteem psüühikahäirega inimestele kogukonnapõhine.

Kogemusnõustamine on võimalik lisaressurss vaimse tervise teenuste osutamisel, et suurendada psühhosotsiaalselt haavatavate inimeste kaasatust kogukonda. Kogemusnõustamine võib olla ka üks strateegiatest, kuidas leevendada vaimse tervise tööjõu ja ressursside nappust ja tulla toime pidevalt kasvavate kuludega toimetulekuks krooniliste haigustega, nagu rasked psüühikahäired.

Kogemusnõustamise teenuse mudelid jagunevad erinevate autorite käsitletuste põhjal kolmeks: informaalne toetus, kogemusnõustajate juhitud programmid ja vaimse tervise

teenuste osutamisel palgatööd tegevad kogemusnõustajad ehk formaalne toetus. (Chinman, et al., 2014, lk 431, Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17, Repper & Carter, 2011, lk 393) Jaotus oleneb sellest, kuidas teenuseid juhitakse ja mis rollis on toetuse või teenuse pakkujad (Chien, Lui, & Clifton, 2013, lk 2). Erinev on ka suhte ülesehitus kogemusnõustaja ja kliendi vahel (Chinman, et al., 2014, lk 431) Joonisel 2 on kirjeldatud psüühikahäirega kliendi toetamise ja kogemusnõustamise võimalused tuues esile protsessis osalejad ja nende suhtele iseloomuliku, toetaja rolli ja toetuse pakumise asukoha.



Joonis 2. Kogemusnõustamise teenuse pakumise mudelid (autori koostatud (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, Faulkner & Basset, 2012, lk 46, Repper & Carter, (Repper & Carter, A review of the literature on peer support in mental health services, 2011, lk 395) põhjal).

Kogemusnõustamise ajalooline taust vaimse tervise valdkonnas on seotud kogunemistega psühhiaatriaiglates ja päevakeskustes üksteise toetamiseks ja aktsioonidega osaleda teenuste parendamise nimel või sundravi vastu. Esialgses lähenemises oli palju õiguste kaitset, kuid ka spontaanset, toetavat ja jõustavat kogemusnõustamist (Faulkner & Basset, 2012, lk 41-42). Seesugune loomulikult toimuv ongi iseloomulik informaalsetele toetustele (Repper & Carter, 2011, lk 393). Informaalne toetus (vt number 1 joonisel 2) põhineb vastastikusel toetusel, näiteks sõbra ja lähedase poolt, kellel on sarnane kogemus (Bradstreet,

2006, lk 34). Sõprus tekib loomulikus kogukonnas. (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 445).

Teine kogemusnõustamise kategooria (vt number 2 joonisel 2) on psüühikahäirega inimeste endi juhitud programmid toimetulekustrateegiate või probleemide lahendamise oskuste õppeks (Chinman, et al., 2014, lk 431) ja eneseabi (Chien & Norman, 2009), näiteks kogemusnõustaja juhitud eneseabigrupid (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17). Samasse kategooriasse kuuluvad ka huvikaitse tegevused klientide poolt juhitud teenustel, (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 376). Mitteformaalset tüüpi grupid eelistavad tegutseda professionaalide poolse sekkumiseta kartuses kaotada oma rolli ja väärtust (Faulkner & Basset, 2012, lk 45-47). Võib eeldada, et iseseisva tegutsemisega kaasnevad ka tagasihoidlikumad ressursid. Üleminekul informaalet toetuselt formaalsele sobitatakse oskused ja kogemused ja korraldatakse abi andmise ja saamise viisid (Faulkner & Basset, 2012, lk 46), näiteks juhtumikorralduse käigus.

Kogemusnõustamise formaliseerimine on võimalus taastumist toetada, sest teenus põhineb taastumise põhimõtetel ja väärtustel. See saavutatakse tänu kogemusteadmise väärtustamisele, sealhulgas inimkesksele planeerimisele ja taastumisvõtetele. (Bradstreet S. , 2006, lk 34-35) ja see on võimalus traditsioonilisi vaimse tervise teenuseid taastumiskesksemaks muuta (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 446). Kolmandasse kategooriasse kuuluvad kogemusnõustajad, kes töötavad vaimse tervise asutustes (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17) See kogemusnõustamise hilisem arengusuund on menorlusega võrreldav. Suhe kogemusnõustaja ja kliendi vahel on ametlikum (Faulkner & Basset, 2012, lk 42). Nihe vastastikuselt suhtelt vähem sümmeetrilise suhte poole ja rohkem andja rolli tähistab seda, et kogemusnõustaja on pigem tööil vaimse tervise süsteemis teenuse osutajana ja eeldatakse, et ta on oma taastumise teekonnal kaugemal. (Repper & Carter, 2011, lk. 395)

Selgub, et kogemusnõustamine võib olla väga sarnane traditsioonilise kliinilise ja rehabiliteeriva vaimse tervise praktikaga. Traditsiooniliselt on psühhoteeraapia hästi struktureeritud, formaalselt piiritletud ja professionaali poolt juhitud. Suhe teenuse osutaja ja kliendi vahel on asümmeetriline ja tahtlikult loodud. (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 445). Kui kogemusnõustaja võtab traditsioonilise teenuse osutaja rolli (vt number 3A joonisel 2) pole suhe samuti loomulikult tekkinud ja on ühesuunaline (abi kogemusnõustajalt kliendile). Samal ametikohal olles on kogemusnõustajad sama efektiivsed teenuse osutajad kui teised töötajad. (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 446). Kuna

kogemusnõustaja ei paku vastastikust toetust oma taastumisloo põhjal, ei ole selle teenuse osutamise viisi puhul selge, kas seda peaks kogemusnõustamiseks nimetama.

Formaalset kogemusnõustamist (vt number 3B ja 3C joonisel 2) iseloomustab, et kogemusnõustaja roll on teenuse osutamisel hästi defineeritud. Lisaks sellele, et kogemusnõustaja kvalifikatsiooniks on tema elukogemus, on ta lõpetanud ka akrediteeritud koolituse. See lähenemine teenuse pakkumisele ei vaheta välja olemasolevaid teenuseid või professionaalseid rolle, vaid on disainitud teenuste (öko)süsteemi täiendama ((Bradstreet, 2006, lk 34) ja on kliendikesksema teenuse arendamise viis (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17).

Kui kogemusnõustaja viib vaimse tervise teenuse osutamisel läbi kogemusnõustaja gruppi (vt number 3B joonisel 2) samal põhimõttel kui eneseabigruppi, ise töö eest tasu saades, võib see tekitada segadust nii grupiliikmete kui kutseliste töötajate hulgas. Näiteks eneseabigruppides tähendab konfidentsiaalsus, et infot ei jagata grupist väljaspool. Samas kehtivad kogemusnõustajale teenuse osutaja poolsed standradid nagu ka rehabilitatsiooni töötajatele ja oodatakse info jagamist meeskonnatööks (näiteks riskihindamiseks). Sellisel juhul on kogemusnõustaja ja kliendi suhe pigem ühepoolne – kogemusnõustaja abistab klienti. (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 446)

Kogemusnõustamise teenuse kolmas osutamise viis (vt number 3C joonisel 2) kirjeldab, et kogemusnõustaja töötab teenuse osutajana, saab töö eest tasu ja jagab oma isiklikku taastumise lugu. Ta ei ole tasu saav sõber, sest jagab isiklikku infot ainult siis, kui see on kliendi heaolu jaoks kriitiliselt oluline. (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006, lk 447)

Vastastikune suhe on protsessi lahutamatu osa, olenemata teenuse osutamise keskkonnast (Repper & Carter, 2011, lk 395-397) ja sellest, kas ollakse kaasatud formaalsesse või mitteformaalsesse kogemusnõustamisse (Faulkner & Basset, 2012, lk 43). Võrdväärne suhe on väärtustatud kogemusnõustaja erinevat tüüpi antud abi ja võetud rollid puhul (Kemp & Henderson, 2012, lk 338) (Bradstreet & Pratt, 2010, lk 36-37). Kokkuvõtlikult on erinevaid vaateid kogemusnõustamisele, näiteks seoses võrdsusega ja professionaalsusega. Kuna kogemusnõustamise juured on oma rohujuure tasandi võrgustiku loomises, siis peab seda formaliseerides ja seadusel põhinevate teenuste arendamisel teadvustama. Formaalse kogemusnõustamise arengu jätkudes eeldab see integreerimist teenuste ökosüsteemi, kus teenust arendavad meeskonnad ja teenuse osutajad mõistavad kogemusnõustamise väärtusi ja põhimõtteid.

Teenuse osutaja jaoks on oluline kavandada edukas kogukonnapõhine kogemusnõustamise teenus ja kogemusnõustaja eestvedamisel ellu viidud grupiprogramm. Kirjanduse analüüsist selgus, et kogemusnõustajal on mõju psüühikahäirega inimestele. Taastumiskeskse lähenemise alusel saab töises rollis olev kogemusnõustaja vastata mitmetele erinevatele klientide vajadustele. Teenuse osutaja kui tööandja ootus kogemusnõustaja rollile kujuneb klientide ootuste põhjal ja selgus selles aitab teenuse sisu kavandada.

Kogemusnõustajal on kasutada isikuomadused ja positiivne suhtumine (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 21), et grupiprogrammi eest vedades olla klientidele inspiratsiooni allikas. Just lootuse andmist peetakse nõustamise peamiseks positiivseks tulemuseks (Bradstreet S. , 2006, lk 34) ja see tunne tekib sotsiaalsete tegevuste kaudu, mitte lihtsalt õppides (loengu vormis) kontrollima vaimse tervise probleemi sümptomitega seotud stressi (Hodge, 2005, lk 170-174). Kogemusnõustajad jagavad teenuse osutamisel kõige sagedamini isiklikke kogemusi ja abi (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010). Seejuures on toetuse andja ja vastuvõtja vahelises suhtes tähtis võrdsus (Repper & Watson, 2012, lk 75), sest see toetab kogemuse jagamist ja koostöösuhet (Cyhlarova, Crepaz-Keay, Reeves, Morgan, Lemmi, & Knapp, 2015, lk 5) (Bradstreet & Pratt, 2010, lk 38) (Swarbrick, 2013, lk 724). Vastastikune suhe on võimalus defineerida abi ümber koos õppimise ja kasvamise protsessiks (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17). Seetõttu on kogemusnõustaja teenus innovatiivne (Bradstreet, 2006, lk 35). Nõustamise kvaliteet luuakse just tänu suhtele (Repper & Carter, 2011, lk 394). Hea on mõista, millal on side teise inimesega tõeline ja samuti on oluline ära tunda kui nii pole (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17). See seab kogemusnõustaja rollile kõrged ootused.

Grupi tegevus on jätkusuutlik kui inimesed tulevad kokku selge eesmärgiga ja hea kui eesmäärke on võimalik jooksvalt uuendada (Crepaz-Keay & Cyhlarova, 2012, lk 92). Kogemusnõustaja roll on jõustada ja aidata taastada sotsiaalset identiteeti (Newton, Beales, Collins, & Basset, 2013, lk 136). Sotsiaalne kaasatus on taastumise põhimõte ja vaadeldav isikliku arenguprotsessi jätkuna, seega peaks see olema grupi üldeesmärk (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519) (Davies, Gray, & Webb, 2014, lk 123), (Repper & Watson, A year of peer support in Nottingham: lessons learned, 2012, lk 70). Edukate tugigruppide puhul seostatakse sotsiaalset kaasatust personaalse taastumisega (Repper & Carter, A review of the literature on peer support in mental health services, 2011, lk 400), sest mõlemal juhul toetatakse kontrolli saavutamist oma elu üle personaalseid eesmäärke arvestades, lootust ja isiklikku arengut soodustades. Siiski on väljakutseks leida koosloomes

kliendi vajadustega sobiv sotsiaalse kaasatuse visioon. (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-521).

Kogemusnõustaja juhib klienti eesmärgi tuvastamiseni, saavutamiseni ja soovitud käitumise muutuseni ühise tegevuse käigus (Swarbrick, 2013, lk 725). Ning seejärel kliendid ja toetuse pakkuja lepivad kokku individuaalse toetuskava, et tandemina sotsiaalse kaasatuse ja taastumise eesmärgil töötada (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 520). Leitakse, et tegevused on paremini organiseeritud kui tegutsetakse kollektiivselt (Rose, Fleischmann, & Schofield, 2010, lk 398). Grupiliikmed kujunevad oluliseks osaks üksteise tugivõrgustikust (Faulkner & Basset, 2012, lk 44). Ühine tegevusplaan kogemusnõustajate ja grupiliikmete vahel aitab kogeda positiivseid muutusi taastumisoskuse ja käitumise osas. Tegevusplaani paindlik muutmine võib olla vajalik ka tulenevalt muutustest taastumise protsessis ja esile kerkivatest teemadest.

Vaimse tervise valdkonnas tähendab sotsiaalne kaasatus osalemise toetamist, diskrimineerimisega võitlemist ja võimaluste suurendamist (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519). Kogemusnõustaja poolt täidetavad rollid nõustades isikliku kogemuse põhjal on grupiprogrammi läbiviimisel seotud paljude erinevate tegevustega, seepärast grupeerib autor kogemusnõustaja tegevused sotsiaalse kaasatuse kolme mõõtme alusel.

Kogukonnas osalemine tähendab, et on võimalus omandada asju, kasutada teenuseid, osaleda poliitika kujundamises ning kuuluda sotsiaalsesse gruppi (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519) ning kogemusnõustaja saab kliendi soove arvestades neid valikuid julgustada. Selleks kogemusnõustaja jagab teadmisi taastumise põhimõtetest ja aitab ära tunda inimese sisemisi ja välimisi taastumist soodustavaid tegureid. Ta on emotsionaalselt toetav, aitab seada individuaalsed eesmärgid ja kirjeldada individuaalset heaolu ja taastumise plaani, mis aitab edasi liikuda. (Cook, et al., 2010, lk 114-115) See sümboliseerib üksteise aitamist liikuda millegi soovitu poole (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17). Klient võib vajada enesekindluse tõstmist teiste teenuste pakkujatega suhtlemisel (Pickett, et al., 2012, lk 424). Samuti on kogemusnõustaja tegevus seotud hariduse ja töötamise võimaluste kasutamisega, lisaks transpordiga liikumisvabaduse soodustamiseks (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522). Uurida võib ka tööelu tasakaalusamiseks puhkuse ja vaba aja võimalusi (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519) (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522). Tehakse tervise ja heaolu parandamisega seonduvat (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522), näiteks füüsilised harjutused, tervislik toit ja

emotsionaalsed heaolu parandavad võtted, et saavutada elu üle kontrolli. Arendatakse igapäevaelu oskusi ja eneseabivõtted (Cook, et al., 2010, lk 114-115). Kliendil võib olla soov arutleda vaimsuse ja religiooniga seotud teemadel (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522), näiteks mediteerimist ja palvetamist peetakse enesejuhtimise võimaluseks (Cook, et al., 2010, lk 114-115). Grupiliikmetel on võimalus ühiselt panustada ja tegeleda ettetulevate probleemidega, õppida neid lahendama ja toetada üksteise valikuid elus.

Olenevalt grupi vajadusest võivad teemad olla: psühhoharidus skisofreenia kohta, sümptomid, ravimid, stressiga toimetuleku strateegiad, probleemide lahendamine, pere ja kogukonna toetuse suurendamine, kutse ja töö oskuste õpe (Chien & Norman, 2009, lk 1608-1615). Kui grupijuhte on mitu, üks professionaalne aitaja ja teine kogemusnõustaja, siis näevad grupiliikmed kogemusnõustamist peamiselt kui vajalikku, kuid spontaanset ja mitteformaalselt osa grupi tegevustest (Faulkner & Basset, 2012, lk 43).

Väärtustatud rollide taas täitmine on sotsiaalne taastumine (Hollander & Wilken, 2015, lk 142). Kogemusnõustaja võib aidata toetada sõprussidemete arendamist, peresuhete hoidmist ja taastamist ning soodustada kontakte laiemalt kogukonnaliikmetega (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519) (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522), mis tähendab sotsiaalse ja loomuliku tugivõrgustiku loomist ja arendamist (Cook, et al., 2010, lk 114-115). Töötajalt eeldab see töö mitmesuguste kogukonna võimaluste märkamist ja kasutamist ning vahendaja rolli kliendi, keskkonna, selle kultuuri, normide, reeglite ja tavade vahel. Võimalused, mida kasutada on sotsiaalsed võrgustikud, erinevad avalikud teenused, õigusabi ja finantsteenused. Haavatavate sihtgruppide toetamine on seotud väärarusaamade kummutamisega, näiteks nagu kõik püüehikahäiged on ohtlikud ja pole võimelised töötama. „Sildade ehitamiseks“ ühiskonnas on kõige tõhusam otsene kontakt kliendi ja soovitud keskkonna vahel. Kui kogemuste jagaja on kogemusnõustaja, siis on muutused kiiremad. Häid näiteid on tuua Hollandist. Näiteks kaasav kohvik, kus kohtuvad sarnastes oludes inimesed ja kus töötavad või teevad vabatahtlikku tööd „sildade ehitajad“. Teine näide on sõbrateenus, mille eesmärgiks on psüühikahäirega inimeste isolatsiooni vähendamine. Klientidest ja vabatahtlikest moodustatakse ühiste huvide ja hobide põhjal paarid ja nad veedavad koos aega. Kolmandaks heaks näiteks on jalgratate ja mööbli remondi töökoda. Töökoda mahub väikebussi ja ükselt uksele käies pakutakse meistrimehe teenust. (Hollander & Wilken, 2015, lk 142-152) Kuna kogemusnõustaja töötab ka keskkonnaga kogukonna toetuse saavutamiseks, siis keskkonna tegurid mõjutavad oluliselt grupi ja selle eetvedaja, kogemusnõustaja tegevust.

Diskrimineerimise vähendamiseks võib teha erinevaid kohandusi, mis on näiteks paindlik graafik, muutused füüsilises keskkonnas, mentorlus ning uute oskuste arendamine uutes olukordades (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519). Kohandused võivad olla asjakohased näiteks töökeskkonnas või vaba aja veetmisel. Ka informatsiooni jagamine on kohandus (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519). Kogemusnõustaja võib näiteks suurendada teadlikkust haigusest (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522) ja kaasnevatest ohumärkidest, et arendada sümptomite juhtimise oskusi ja seeläbi tõsta enesehinnangut ja sisemist segadust vähendada. Võib juhtuda, et koos uuritakse infot kogukonna kohta laiemalt. (Cook, et al., 2010, lk 114-115) Näiteks kui klient on kogukonda hiljuti elama asunud.

Võimaluste suurendamine tähendab õiguste eest seismist (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, lk 518-519), mida teenuse osutaja saab toetada. Kogemusnõustajad aitavad mõista hoiakute päritolu ja mõttemustrite muutmise võimalusi (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 17) julgustavad isikliku vastutuse võtmist (Cook, et al., 2010, lk 114-115) ja panustavad sellega häbimärgistamise vastasesse võitlusesse kogukonnas (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 522) ja huvikaitsesse (Pickett, et al., 2012, lk 424). Nende paljude tegevuste kaudu saab inimest ja tema toimetulekut erinevates elu valdkondades toetada. Kogemusnõustajal on palju tööülesandeid kui ta valib vestlusteemasid ja planeerib ühiseid tegevusi ning kombineerib neid grupiliikmete isiklike eesmärkidega, et laieneks nende ligipääs kogukonda.

Enesejuhtimise strateegiad on niisama erinevad kui on inimesed (Cook, et al., 2010, lk 114). Seepärast tähendavad individuaalsed eesmärgid paindlikku programmi ülesehitust, et neid oskusi vajadustepõhiselt toetada. Töötamisel peaksid piirid olema paindlikud, et vältida formaalse professionaalse toe jõustruktuure (Mead, Hilton, & Curtis, Peer Support: a theoretical perspective, 2001, lk 19). Soovitatakse tegevusi nii ühiselt gruppis kui individuaalselt, sest kogemusnõustaja tugi on mõlemal juhul tulemusrikas, et luua omavahelisi ja uusi suhteid, mitmekesistada sotsiaalseid tegevusi ja jõuda uutele arusaamistele väljakutsete osas (Repper & Watson, 2012, lk 76). Töö on võimalik organiseerida nii, et programmis on loengud, individuaalsed ja grupiarutelud, isiklikud näited kogemusnõustajate ja klientide elust. Kui osalejatele jaotatakse kaustad töölehtede kogumiseks, siis on kohtumiste vahepealsel ajal võimalik kliente julgustada taasumise eesmärkidega iseseisvalt töötama ja „vabatahtlikust kodutööst“ tähelepanekuid tegema (Cook, et al., 2010, lk 115). Grupil peab olema kodukord (Crepaz-Keay & Cyhlarova, 2012,

lk 92) ja oodatakse konfidentsiaalsuse reeglite paika panemist ja järgimist (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012, lk 126), sest jagatakse väga isiklikku infot oma eludest.

Heaolu ja taastumise käsitluste vahelised seosed võimaldavad arendada uusi sekkumisi ja neid ka mõõta. Urijad on arendanud erinevaid mõõdikuid, näiteks INSPIRE taastumise toetamise hindamiseks või instrumendid töötajate kogemuse või teostatavuse mõõtmiseks, kuid neid ühendab see, et nad baseerivad taastumise mõõdikutel. (Slade & Wallace, 2017, lk 29). Taastumise protsessid, mis kliiniliste uuringute ja praktika põhjal kõige enam tähtsust omavad on seotus (*connectedness*), lootus ja optimism tuleviku suhtes (*hope and optimism about the future*), identiteet (*identity*), tähendusrikkus (*meaning in life*) ja jõustamine (*empowerment*), mis inglise keeles moodustab akronüümi „CHIME“ (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011, lk 449). See on personaalse taastumise raamistik (Slade & Wallace, 2017, lk 26). CHIME raamistiku eelis on selle fookus sekkumisele ja hindamisele (Slade & Wallace, Recovery and Mental Health, 2017, lk 29). Raamistik aitab taastumist lahti mõtestada nii peredega ja lähedastega töös (Wyder & Bland, 2014, lk 185-189) kui ka vaimse tervise spetsialistide poolset toetust (Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2014, lk 115).

Kogemusnõustajad kui tööjõud suureneb (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 219), sest kogemusnõustajate poolne toetus ja eneseabigrupid mängivad taastumisel olulist rolli, taastumisekeskseid vaimse tervise teenuseid soodustatakse ning taastujate ja nende perekondade poolt osutatud teenuste arv raske psüühikahäirega klientidele järjest kasvab. Siiski kogemusnõustajale töö eest tasu maksmine levib aeglasemalt. Tõenäoliselt pärsib seda kõhk, kas vaimse tervise probleemidega inimesed suudavad teisi aidata. (Repper & Carter, 2011, lk 393) Teenuse osutajal, kes on otsustanud kaasata meeskonda kogemusnõustajaid, on hea teada, millist väärtust loob töötamine kogemusnõustaja jaoks, et mõelda läbi töötaja toetamise võimalused.

Õppimine kogemusnõustajaks laiendab teadmisi ja psühholoogilist heaolu ja soodustab taastumist (Faulkner & Basset, 2012, lk 44). Kogemusnõustajad hindavad koolitust, sest teadmisi ja oskusi saab kasutada igapäevaelus, koolitus annab lootust tuleviku suhtes ja enesekindlust oma taastumise nimel tegutseda. Lisaks vähendab töö kogemusnõustajana seda kui nõustajad ise vaimse tervise teenuseid kasutavad. Ühiskonna kulude kokkuhoiu mõttes on see oluline. (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 220-221) Kogemusnõustajad arendavad iseennast ja kasutavad seda teistega töös (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk

379). Tööl olles jätkavad kogemusnõustajad oma vähe kasutatud oskuste meelde tuletamist või arendamist kui see on neile kui nõustamisgrupi eestvedajatele vajalik (Faulkner & Basset, 2012, lk 43) ja see on võimalus muutuda ja areneda koos grupiga.

Kogemusnõustajana töötamine võib olla kasulik aitaja-teraapia põhimõttel ehk teiste aitamine toob kasu ka aitajale (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 219). Abivalmidus toetab taastumist (Bradstreet, 2006, lk 35) ja nii on kogemusnõustajal võimalus isiklikuks arenguks (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 379). Kogemusnõustajad tähtsustavad aitamise võimalust, oma eluraskuste hea eesmärgi nimel ära kasutamist (Faulkner & Basset, 2012, lk 43) ja töökeskkonda, kus vaimse tervise probleemide teatavaks tegemist käsitletakse kvalifikatsioonina ja positiivsena (Bradstreet, 2006, lk 35). Töötamine tõstab enesekindlust ja kui kogemusnõustajatel on tunne, et neid hinnatakse, aitab see kaasa nende taastumisele. Kasuliku tegemisega muutub identiteet – tarbijast pakkujaks ja tänu sellele saadakse täisväärtuslikuks kodanikuks. (Repper & Carter, 2011, lk 398). Kogemusnõustajad peavad tööd tähendusrikkaks ka põhjusel, et on võimalus muuta tööandja ettevõtet. (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 220-221) Seega hindavad kogemusnõustajad töö sisuga kaasnevat isiklikku arengut ja turvalist keskkonda, kus on väärtustatud nende eelnevad eluraskused. Kogemusnõustajad tunnevad üldiselt ka, et nende töö mõjutab inimesi, keda nad aitavad kui ka muutusi vaimse tervise teenuste süsteemis.

Kasu kaasneb ka palgatööga (Moran, Russinova, & Stepas, 2012, lk 376). Pikaajaseid vaimse tervise probleeme kogenud inimesed on teiste puuetega võrreldes sagedamini töötud (Bradstreet S. , 2006, lk 35). Seega võisid ka kogemusnõustajad olla varem töötud või kaitstud töökohtadel. Kogemusnõustajana tööle asumisega paraneb staatus tööturul ja sissetulek vähendab sõltuvust sotsiaaltoetustest. Inimeste tööturule toomine suurendab nende töökogmust ja vähendab tõenäosust pikaajaliseks töötuseks. (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 220-221). Kogemusnõustajate palkamine on seni alakasutatud tööjõu ressursi kasutamine.

Teenust osutava organisatsiooni jaoks on strateegiline luua kuuluvustunnet ja seeläbi kaasatust. Selleks võib näiteks koolitada grupijuhte toetavalt käituma, teha tegevusjuhend konfliktide lahendamiseks, seada kollektiivselt eesmärgid, väärtused, sümbolid ja organiseerida suhtlemiseks mõeldud üritusi. Jõustamise eesmärgil võiks organisatsioonid julgustada jagatud otsuste langetamist ja kaasata töötajaid vabatahtlikesse või juhtimisega seotud ülesannetesse. (Brown & Townley, 2015, lk 415-416) Poliitilise osalemise viis on kogemusnõustaja poolt juhitud grupp, tegevused või uuringuprojekt. Kogemusnõustajana

töötamist ja selle eest tasu saamist võib pidada kaasatuse majanduslikuks viisiks (Davies, Gray, & Webb, 2014, lk 123). Sotsiaalselt toetavale kaasamisele viitab kogemusnõustamise kättesaadavus (Brown & Townley, 2015, lk 415-416) ja kogemusnõustamise algatuste toetamine (Hollander & Wilken, 2015, lk 142). Seega saab tööandja kogemusnõustajaid tööle võttes ja toetades suurendada ühiskonda kaasatust nii majanduslikul, poliitilisel kui ka sotsiaalsel viisil.

Teenuse osutajal on kogemusnõustajate tööandjana mitmeid väljakutsed. Kogemusnõustajaid peetakse sagedamini sõpradeks kui teisi vaimse tervise professionaale, sest neilt oodatakse intiimsete teemade jagamist. Võib tekkida küsimus, millise ajakasutuse eest võib teenuse osutaja arve esitada. Kui kogemusnõustajatest saavad sõbrad, kellega koos tantsitakse ja reisitakse, siis on terapeutilise rolliga töö keskkonnas keeruline jätkata. Siiski on just võrdsed suhted need, mis võimaldavad nii kliendil kui kogemusnõustajal tähenduslikke suhteid luua. Piirid peaksid olema paindlikud ja võimalik ka, et kliendi kaupa erinevad. Kui kogemusnõustajate professionaalsus areneb, siis õpivad nad ka piire seadma. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399) Piiride selgus on vajalik nii konfidentsiaalsuse kui ka abi andmise eesmärgil, näiteks emotsionaalse sõltuvuse vältimiseks. Siin on roll tööandja poolset toetusel ja koolitusel. (Faulkner & Basset, 2012, lk 45) Kogemustoega kaasneb ka raskus mitte jäljendada traditsioonilisi vaimse tervise teenuseid, näiteks kutselise rollimudelit (Repper & Carter, 2011, lk 398-399) kui suhe võiks areneda loomulikult, jagatud kogemuse ja võrdsuse põhjal (Faulkner & Basset, 2012, lk 45-47). Erisust aitab hoida teadlikkus kogemusnõustaja erinevast suhtest kliendiga. Selleks võiks olla kogemusnõustajate poolt juhitud koolitused ja supervisioon. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399)

Samas kaasnevad raskused ka kaksikrolli säilitamisega, olles nii teenuse tarbija kui kogemusnõustaja. Piiride hoidmisel ja suhtlemisel kutseliste aitajatega kaasnevaid raskusi saab leevendada toetuse ja supervisiooniga (Faulkner & Basset, 2012, lk 45-47), mida tööandja saab ise läbi viia või organisatsioonist väljastpoolt tellides võimaldada. Kogemusnõustajad võivad olla sunnitud töötama samas meeskonnas neid varem ravinud spetsialistidega ja olla meeskonnaliikmete jaoks endiselt patsiendid, mitte võrdsed partnerid. Karistust kartes võivad kogemusnõustajad jätta asju välja ütlemata. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399) Vaimse tervise professionaalid võivad olla kogemusnõustamise suhtes vähe vastuvõtlikud (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 23) või kui näevad kogemusnõustaja teenust kasulikuna, siis vähem abistavatena kui professionaalide poolset. Organisatsiooniline pühendumus ehk töötajate hoiakud ja töökultuur on osa taastumiskesksest praktikast (Le

Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams, & Slade, 2011, lk 1474). Uuringutest selgub, et kogemusnõustajad on ise oma parimad eestkõnelejad, sest nendega koos töötavad professionaalid hindavad neid kõrgemalt kui kutselised, kellel kogemusnõustajatest kolleege pole. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399) Seega muutub suhtumine kogemuse ja koostöö kaudu.

Teenust osutava töötaja heaolu mõjutab kliendi heaolu (Anderson, et al., 2013, lk 1208). Tööandja peab teadvustama stressi, mida aitaja roll võib kogemusnõustajale tekitada. Kui kogemusnõustajal ilmnevad taas haiguse sümptomid ja on vajadus viibida haiglas, kahjustub klientide lootuse tunne. Personalitöös kogemusnõustajate suurema haavatatavusega arvestamine tähendab tööülesannete ja -koormuse jälgimist ja soovitud ajal pauside lubamist. Tagasilanguseid ei pruugi esineda kogemusnõustaja töövaldkonnas. Samas on tagasilangused ka kogemused edasisel kogemusnõustaja rolli täitmisel. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399)

Kogemusnõustajate jaoks on vajalik koolitus (Newton, Beales, Collins, & Basset, 2013, lk 136-137). Toetuse ja koolituse vajadus tuleneb sellest, et kogemusnõustajad kogevad motivatsiooni puudusest kohtumistele mitte tulemist, vähesest töökogemusest ja koolitusest tulenevalt võib häirida kliendi suur häirituse seisund, meeskonnaliikmetele on oma tunnete näitamine raske ja keeruline on oodatud tööülesandeid täita. (Repper & Carter, 2011, lk 398-399) Peale põhikoolitust peaks koolitus olema kogemusnõustaja töö valdkonna spetsiifiline (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 523). Koolitus arendab vajalikku empaatia võimet kliendi kogemuse osas vaimse tervise probleemiga elamisel ja probleemide lahendamise oskust (Repper & Carter, 2011, lk 397, Brown & Townley, 2015, lk 415). Teatud taastumise alaste sekkumiste õppimine toetab enesejuhtimist (Cook, et al., 2012, lk 40). Kogemusnõustaja jaoks vajalikud koolituse teemad on ka eesmärkide seadmine, positiivsete suhete loomine, kuulamisoskus, enese eest hoolitsemine, samuti tööandjale dokumentide täitmise nõuded (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012, lk 127). Läbitud koolitus on võimalus kogemusnõustajal oma CV-d täiendada ja muus kontekstis kasutada. Kuigi kogemusnõustajad kogevad raskusi karjäärivalikute muutmisel, koolituse läbimine ja töökogemus kogemusnõustajana ei ole oodatud muutusi kaasa toonid. (Faulkner & Basset, 2012, lk 45)

Peale põhikoolituse läbimist vajavad kogemusnõustajad supervisiooni (Ley, Roberts, & Willis, 2010, lk 24) Supervisioon on toeks raskustega toime tulekul, seda vajadust peab teadvustama ja piisavalt rahastama (Faulkner & Basset, 2012, lk 44) (Ley, Roberts, & Willis,

2010, lk 23). Supervsioon peaks olema pidev (Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010, lk 523).

Autor võtab kokku peamise. Avaliku, era- ja mittetulundussektori organisatsioonide poolt pakutavate teenuste võrgustikud on võimalus tegeleda ühiskonnas sotsiaalsete probleemidega nagu näiteks isoleeritus ja vaesus, mis puudutab tugevalt psüühikahäirega inimesi. Kuigi mittetulundussektorisse kuuluva teenuse osutaja strateegilised eesmärgid on erinevad teiste sektoritega võrreldes, on ühiskondlikku probleemi üheskoos tõhusam lahendada. Pikemaajase koostöö tulemusel tekivad võrgustiku partnerite vahel usalduslikumad suhted, sest õpitakse üksteise käitumismustreid tundma. See väljendub stabiilse ja tänu sellele veelgi tihedama koostööna. Võimalus seesuguses võrgustikus kollektiivselt tegutseda ja ressursse kombineerida on väärtus, millest kujuneb omaette ressurss.

Psüühikahäirest taastumine eeldab kliendikeskset lähenemist nii koostöö mudelites kui teenuse sisus. Kliendikeskne lähenemine tähendab kliendi motivatsiooni, soovide ja käitumise üksikasjalikku mõistmist ja selle alusel teenuse pakkumist. Teenusele väärtuse loob kliendi tõlgendus, mida mõjutavad tema eesmärgid, ressursid ja kogemused. Seega klient on teenuste kaaslooja ja tal on selle juures keskne roll. Psüühikahäirega kliendi ümber olevasse taastumisele suunatud teenuste ökosüsteemi kuuluvad erinevad vaimse tervise teenused nagu ravi, rehabilitatsioon ja erihoolekanne, samuti eneseabi ja huvikaitse võimalused ning üldised avalikud teenused. Oluline osa ökosüsteemist on ka kliendi lähedased ja pere, kes koos laiemal võrgustikuga mõjutavad kliendi tervisealaseid otsuseid.

Taastumise teekonnal toetavad inimest erinevad vaimse tervise teenused, sealhulgas psühhosotsiaalne rehabilitatsioon. Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on parandada inimese elukvaliteeti tema poolt valitud rollides tööl, isiklikus elus ja laiemalt kogukonnas. Rehabilitatsioonispetsialisti tööga kaasnevad väärtused on kliendikesksus, mitmekülgne ja samas tulemusele suunatud toetus, mis lähtub kliendi eelistustest. Edu hinnatakse soovituslikult kliendi rahulolu põhjal. Tähtis on valikuvõimaluste loomine ning kliendi ja tema jaoks oluliste inimeste kaasamine tegevuste planeerimisse, elluviimisesse ja kvaliteedi hindamisse.

Psüühikahäire tõttu elavad inimesed kogukonnast eraldatult hoolekandeesutustes ning neil puudub piisav võimalus oma elu mõjutavaid otsuseid langetada. Hoolekande süsteemis toimuvad järk-järgult muutused, et tagada inimeste toimetulek võimalikult tavapärases keskkonnas. Sellega kaasneb teenuste arendamine kogukonna tasandil ja ka ümbritseva

keskkonna kujundamine, et vähendada psüühikahäirega inimeste takistusi ühiskonnaelus osalemiseks ja nende tõrjutust.

Psüühikahäirega inimeste kogukonda kaasamiseks on lisaressurss kogemusnõustaja. Kogemusnõustamise teenuse mudelid jagunevad kolmeks: informaalne toetus, kogemusnõustaja programmid ja formaalne toetus. Sõprade vahelist loomulikult tekkivat toetust ja kogemuste jagamist peetakse informaalseks. Teine kategooria on kogemusnõustaja poolt juhitud programmid, eneseabigrupid ja huvikaitse tegevus. Kogemusnõustamise formaliseerimine tähendab kogemusnõustaja tööle asumist vaimse tervise süsteemi teenuse osutajana. See on võimalus traditsioonilisi vaimse tervise teenuseid taastumiskesksemaks muuta. Formaalne kogemusnõustamine on mentorlusega võrreldav. Eeldatakse, et ta on oma taastumise teekonnal kaugemal ning ta on läbinud akrediteeritud koolituse. Kogemusnõustaja töötab teiste kutseliste vaimse tervise spetsialistide kõrval, näiteks rehabilitatsiooni-meeskonnas ning saab oma töö eest töötasu. Võrdväärne suhe kliendiga on väärtustatud erinevate kogemusnõustajate rollide puhul.

Kirjenduse analüüsi põhjal selgus, et kui kogemusnõustaja viib läbi grupiprogrammi, siis on tunnustatud üldeesmärgiks väärtustatud rollide täitmine ehk sotsiaalne taastumine, mida seostatakse inimese personaalse taastumisega. Kogemusnõustaja aitab kliendil eesmärgi seada ja soovitud muutusteni soovitatakse jõuda ühiste tegevuste kaudu. Kogemusnõustajad väärtustavad oma tööd, sest saavad oma eluraskused heal eesmärgil ära kasutada ning neil on staatus tööturul ja sissetulek.

Teenuse osutaja jaoks on oluline luua kogemusnõustajatele toetav töökeskkond, tagada koolituse ja supervisiooni võimalused kogemusnõustajate tööelus jaksamiseks ning selgitada kogemusnõustaja töö piire ja rolli meeskonnas.

1.3. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse disainimise protsess ja metoodika

Koosloome, disainmõtlemise ja teenuste disaini tuum on ideede ja kontseptsiooni kujundamine (Kuosa & Koskinen, 2012, lk 21). Koosloome disainis on filosoofia kaasata teenuse kasutamise kogemuse uurimisse ja uuendamisse erinevaid huvipooli nagu meeskond, disainerid, juhtkond ja kliendid (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 198-199). Kliendid võivad osaleda kogu teenuse arenduses (Normann, 2000, lk 119). Kliendikeskse teenuse arendamiseks kaasatakse kliente aktiivselt idee loomisel, prototüüpimisel ja ideede hindamisel. (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 46-48). Eesmärgiks on parandada teenuse osutamist või hõlbustada muutusi organisatsioonisisestes protsessides (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 46-48). Koosloomeks sobib kasutada peaaegu kõiki teenuse disaini meetodeid (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 198-199).

Teenuse disain muutub üha enam osalusprotsessiks, kus teenuse pakkujad ja arendajad, kliendid, alltöövõtjad ja muud sidusrühmad teevad tihedat koostööd (Kuosa & Koskinen, 2012, lk 24). Kliendi osalust võib nimetada ka sotsiaalseks innovatsiooniks, mis tekib sisemiselt, teenuse arendamise protsessis (Normann, 2000, lk 26-27). Laiemalt soodustab koosloome koostööd ka tulevikus, sest kokku tulnud huvipooltes tekib arendatavate ideede osas jagatud vastutuse tunne (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 198-199). Kokkuvõtlikult öeldes, otsitakse disainiprotsessis probleemidele lahendusi kaasates inimeste vaatenurki protsessi kõikides etappides.

Koosloome on ka viis, kuidas disainerid saavad majanduse ja ühiskonna hüvanguks panustada. Sellest tuleneb mõiste sotsiaalne disain, mis on strateegilise mõtteviisi kasutamine inimeste toimetuleku parandamiseks tegeledes ühiskondliku probleemi nagu näiteks töötus, vaimne tervis, kodutus või vaesus leevendamisega (Andrews, 2011, lk 90). Teenuse kasutajate kaasamine teenuse arendusse on positiivne kogemus ka seetõttu, et see on individuaalse jõustamise vahend ja võimalus ebavõrdsust vähendada (Rose, Fleischmann, & Schofield, 2010, lk 396-397).

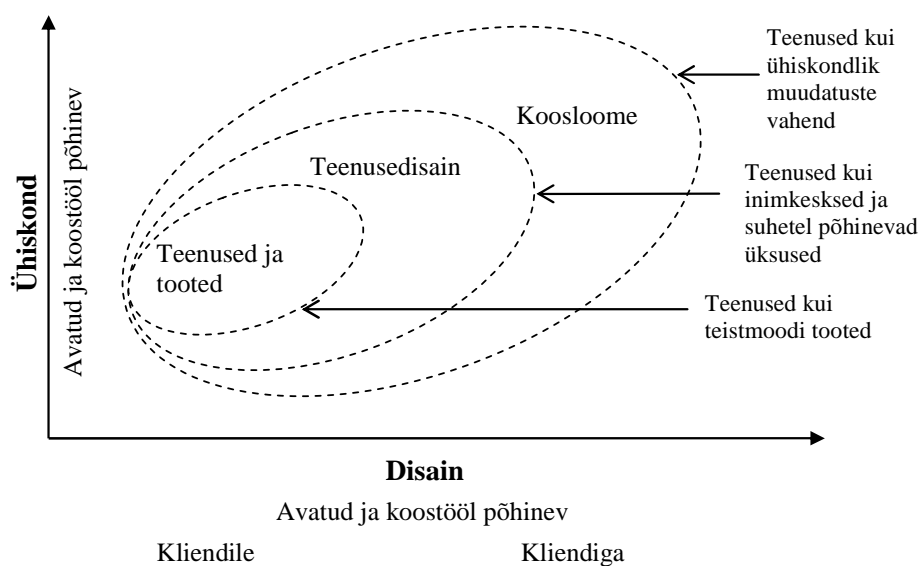
Teenuse kaudu toetatakse kliendi tegevusi ja protsesse. Siiski kliendid ei osta teenuseid iseenesest, vaid hüvesid, mida teenused pakuvad. (Grönroos, 2007, lk 4) Kliendisuhete hoidmiseks on oluline mõista, et kui suhe kliendiga on tekkinud, on ta alatine klient, hoolimata sellest, kas ta antud ajahetkel ostu sooritab või mitte. Suhete põhjal kliendi ja teenuse osutaja vahel saab välja tuua kolm gruppi: aktiivselt suhtlevad kliendid, passiivselt suhtlevad kliendid ja tehingu sooritamisele huvitatud kliendid. Viimased otsivad oma vajadustele vastavat lahendust vastuvõetava hinnaga ja ei soovi kontakte ostude sooritamise vahel. Vastupidiselt, aktiivselt suhtlevad kliendid peavad teenuse osutajaga suhtlemise võimalust lisaväärtuseks. Passiivsed suhtlejad vajavad lihtsalt teadmist, et nad võivad soovi korral teenuse osutajaga ühendust võtta. Nad vastavad harva kutsetele suhelda. (Grönroos, 2007, lk 37-38) Selgus, et kõik kliendid ei ole huvitatud suhete loomisest teenuse osutajaga. Autor usub, et ka haavatavate sihtgruppide toetamisel on klientide erineva tasemega tahe ja motivatsioon iseloomulikud.

Kaasaegse ärimudeli keskmes peaks olema inimeste toetamine keerukas maailmas toimimiseks ja huvide kaitse, mitte vaid toodete ja teenuste kättesaadavaks tegemine (Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 255-256). Sellepärast pööratakse teenuse disainis eraldi tähelepanu sellele, et vaimse tervise probleemid mõjutavad klientide teenuse kasutamise kogemust. Kuigi väärtuse loomise protsessis osalevad klient ja teenuse pakkuja ühiselt, ei saa haavatavad sihtgrupid väärtusest võrdselt osa. (Rosenbaum, Seger-Guttmann, & Giraldo, 2017, lk 309-310) Teenuse osutaja võimuses on luua positiivseid muutusi klientide heaolus. Seega jagavad teenuse osutajad vastutust kliendi heaolu tagamise eest. Kui teenuse tuum on kliendi heaolu, on teenuste sisu uurimisel lisaks kliendi rahulolule ja lojaalsusele, veelgi olulisem uurida ka mõju heaolu tulemusele. (Anderson, et al., 2013, lk 1203-1204)

Vaimse tervise valdkonnas tuuakse varjuküljena esile, et koosloome koos klientidega, on lisakoormus kliendile ja töötajatele, näiteks ajakulu. On ka vastupidiseid näiteid. Näiteks hindavad taastumisvõtete koolide (*recovery college*) õpilased (kliendid) kõrgelt võimalust panustada teiste hüvanguks ja töötajad tunnevad rahulolu teenustest, mis vastavad empaatilisemalt, autentsemalt ja asjakohasemalt inimeste vajadusele ja tunnevad, et koosloomes disainitud teenuste osutamine on erineval viisil töötamine. Turumudelitel survele püütakse hoolekannet ja tervishoidu muuta transaktsiooni mudeliks. Kuid selles valdkonnas ei tehta üldjuhul konkreetse hinnaga tehinguid. Teenused põhinevad vastastikustel suhetel ja interaktsioon toimub kahe inimese vahel, kes töötavad ühise eesmärgi nimel ja tuginevad

samadele väärtustele. (Shepherd, McGregor, Meddings, & Roeg, 2017, lk 191-192) On oluline vaadata tervikut ja ei tohiks käsitleda vaid finantskasu või ühekordset teenuse kasutamist kliendi poolt.

Koosloome tulemusel disainitud teenuste arv suureneb. Joonisel 3 on kujutatud kaks paralleelset ja seotud muutust – nii ühiskond kui disain liiguvad avatuma ja koostööle suunatud enesemääratluse poole. Teenused muutuvad selles protsessis. Esmalt on teenused kui uutmoodi tooted, ilma füüsilise vormita ja kiirelt kaduvad. Järgnevalt kujunevad vastastikustel suhetel põhinevad teenused, mis on ka inimesksed, kuna pole eelevalt kindlaks määratud (toodetakse ja tarbitakse samaaegselt). Sellest järgmine samm on teenuste sotsiaalne mõõde ja teenuste kaudu algatatakse ühiskondlikke muutusi. Teenused ei ole enam vaid disaini objekt, vaid vahend toetada koostööl ja loomingul põhinevat ühiskonda ja majandust. Selles protsessis on koosloomel tähtis roll, sest rõhk on koostööl ja suhetel, sh ka sarnaste toetusel (*peer-to-peer*). (Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 255-263) Koosloome on inimestega koos tegemine, mitte nende jaoks. See, et inimene ei ole passiivne teenuse tarbija, vaid on hinnatud ja kaasatud partnerina väärtuse loomisse, muudab võimusuhteid. (Slay & Stephens, 2013, lk 4).



Allikas: Meroni & Sangiorgi 2016 lk 262, Slay & Stephens, 2013, lk 4.

Joonis 3. Jätkuvad muutused disainis ja ühiskonnas

Autor võtab kokku, et koosloome on protsess, kus tunnustatakse ja väärtustatakse inimeste oskusi, kuid jagatakse ka vastutust. Seega saab teenuse pakkuja ühiskonna jaoks olulisi muutusi teenuste abil soodustada, mitte vaid teenuseid osutada ja tagada ühiskonnas osalemise võimalused ka haavatavatele gruppidele. Tervishoiu- ja sotsiaalteenustele jõuavad

kliendid haavatavatena. Soovides suurendada klientide heaolu, tuleb sügavutti mõista, kuidas vähendada haavatavuse piiravaid tagajärgi ja suurendada heaolu. Kuna eesmärgiks on kliendi positiivses suunas toimuv elumuutus ja uue kogemuse ja teadmise tekkimine, on oluline, et klient tegutseb ise oma eesmärkide ja tõekspidamiste kohaselt. Psüühikahäirega klientide haiguse ja kogukonda taasintegreerumise kogemus iseloomustab nende kliendikäitumise spetsiifikat vaimse tervise teenuse kasutamisel. Seda silmas pidades selgitab autor järgmiseks välja psüühikahäirega klientide heaolu suurendava ja kogukonna tasandil osutatava vaimse tervise teenuse disainimise protsessi ja sobivad meetodid.

Teenuste disaini protsess on ühtviisi kasutatav nii uue teenuse loomiseks kui ka olemasoleva täiustamiseks (Moritz, 2005, lk 156). Teenuse disain on mõtteviis kliendi ja organisatsiooni vahelisest suhtest ja võimalus jagada disaini projekti ajal ühist arusaama (Moritz, 2005, lk 172). Mõtteviis toetab ettevõtte eesmärkide ja edu saavutamist tänu klientide paremale kogemusele, töötajate rahulolule ja tehnoloogilistele arendustele (Stickdorn M. , 2011, lk 45). Teenuse disainis kasutatakse erinevaid meetodeid ja tööriistu (Stickdorn M. , 2011, lk 28). Kirjanduse analüüsi põhjal selgub, et teenuse disaini protsess koosneb neljast või enamast etapist (vt tabel 6). Protsessi kirjeldused põhinevad siiski samal põhimõttel. Igal etapil on oma eesmärk, see koosneb tegevustest, mis läbitakse üksteise järel ning ühest etapist kasvab loogiliselt välja järgmine. Etapid võib kokkuvõtlikult jagada järgmiselt: 1) info kogumine ja analüüsimine, 2) andmete üldistamine ja eesmärkide määratlemine, 3) ideede ja kontseptsiooni arendamine ja 4) teenuse pakkumine (Design Council *n.d.*, Meroni & Sangiorgi 2016, Moritz 2005, Stickdorn & Schneider 2011). Kokkuvõtlikult on etapid kirjeldatud järgmiselt (Design Council *n.d.*, Meroni & Sangiorgi 2016, Moritz 2005, Stickdorn & Schneider 2011):

1. Info kogumise etapis uuritakse kliendi vajadusi, soove, motivatsiooni ja probleeme. Kirjeldatakse olemasoleva teenuse piirangud. Samuti uuritakse laiemat teenuse osutamise konteksti: poliitiline, seadusandlik, majanduslik, sotsiaalne, kultuuriline olukord, turu võimalused ja konkurendid. Antud etapis luuakse aluspõhi selleks, et hilisemad tulemused on asjakohased ja vastavuses reaalsusega.
2. Andmete analüüsi etapis koondatakse analüüsi tulemused ja tuvastatakse probleemid ja motiivid, samuti edasine fookus. Töötatakse välja visioon, strateegilised eesmärgid ja juhised (näiteks ajaraam, meeskond) järgmisteks etappideks.
3. Ideede ja kontseptsiooni arendamise etapis sünnivad uuenduslikud ideed ja erinevad võimalikud kontseptsioonid ja nende vahel tehakse valik. Hinnatakse arendatava

teenuse terviklikkust ehk kas üksikud lahenduse osad moodustavad ühtse terviku. Samuti pööratakse tähelepanu teenuse kvaliteedile ehk veendutakse, et kõik teenuste komponendid on hinnatud, et neid vajadusel parandada. Antakse ülevaade võimalikest stsenaariumitest tulevikus pidades silmas nii subjektiivset vaadet kui ka majanduslikku, tehnilist ja õiguslikku aspekti. Etapi käigus tekib ühine arusaam, et teenuse kogemust järgmises etapis katsetada.

4. Teenuse pakkumise ehk elluviimise etapis katsetatakse uut teenuse mudelit töötubades, et vähendada ebaõnnestumise riski ja luua rohkem ideid parandamiseks või viiakse teenus turule. Toimub detailse äriplaani ja juhiste kirjutamine, sealhulgas koolituseks ja kvaliteedi tagamiseks.

Tabel 6. Teenuste disaini protsessi etappide erinevad käsitlelused (autori koostatud)

Moritz (2005)	Design Council (n.d.), Stickdorn & Schneider (2011)	Meroni & Sangiorgi (2016)
Mõistmine – klientide vajaduste, soovide ja motivatsiooni uurimine, teenuse pakkuja eesmärkide, ressursside, võimalustega tutvumine.	Avasta – teenuse pakkuja kultuuri ja eesmärkide mõistmine, probleemi sõnastamine klientide seisukohast, avastuste visualiseerimine.	Analüüsimine – sisulise teabe kogumine, salvestamine ja jagamine, võib teha koos kliendiga või partneritega.
Mõtestamine – strateegiliste eesmärkide väljatöötamine, andmete analüüsi põhjal juhiste koostamine edasiseks protsessiks.	Määratle – ideede ja kontseptsioonide kirjeldamine ja vigade leidmine sidusrühmadega.	Üldistamine – jagatud tähenduse loomine kogutud kogemuste põhjal, põhineb vestlustel disaini protsessis osalejatega.
Loomine – uuenduslike ideede arendamine, detailne rolli-, disaini- ja kontseptsiooni-alternatiivide loomine.	Arenda – teenuse prototüübi testimine võimalikult tõetruus keskkonnas ja multidistsiplinaarse meeskonnaga. Tagasiside põhjal täiustamine.	Arendamine – teenuste ideede väljatöötamine üksikasjalikeks lugudeks ja süsteemideks.
Sõelumine – ideede ja kontseptsiooni valimine, kvaliteedi ja lahenduste hindamine.		
Selgitamine – idee ja kontseptsiooni nähtavaks tegemine, protsesside ülevaade ja võimalike tuleviku stsenaariumide kirjeldamine.		
Teostamine – lahenduste, prototüüpide ja protsesside väljatöötamine ja rakendamine, äriplaanide ja juhiste kirjutamine, koolituse läbiviimine.	Vii ellu – muutuste rakendamine. Töötajate motiveerimine ja kaasamine muudatuste ellu viimiseks. Edusammude hindamine.	Prototüübi loomine – uute teenuse ideede ja mudelite testimine töörühmades või reaalses olukorras, et vähendada läbikukkumise riski ja suurendada uue disaini väärtust.

Allikas: Design Council, n.d., lk 6-7, Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 272-273, (Moritz, 2005, lk 122-147, Stickdorn M., 2011, lk 122-135.

Elluviimise etapp pole mitte lõpp-punkt, vaid uue arenduse algus, sest tulenevalt teenuse pakkumise süsteemide keerukusest ja ümbritseva keskkonna muutustest, säilib alati vajadus teenuseid uuesti katsetada ja täiustada (Moritz, 2005, lk 145). Kuna teenuse disain ei ole sirgjooneline, on disaini protsessis etappide vahel edasi tagasi liikumine võimalik ja vajalik. Disain algab protsessi disanimisest. (Stickdorn M. , 2011, lk 124-126) Järgnevalt esitabki autor kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse disaini protsessi tabelis 7. Tabelist on näha, kuidas teenuse disaini erinevad elemendid on üksteisega seotud.

Tabel 7. Meetodid kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse loomiseks

Info kogumine	Andmete analüüsimine	Ideede ja kontseptsiooni arendamine	Teenuse pakkumine
Ankeetküsitlus Dokumendianalüüs Mind map Poolstruktureeritud intervjuu Osalusvaatlus Huvirühmade kaart Klientide segmenteerimine	Persoonade kirjeldus Empaatia kaart Klienditeekond	Ajurünnak Teenuse plaan SWOT analüüs Tasuvusanalüüs	Fookusrühma intervjuu Ärimudel Tasuvusanalüüs Koolituskava Teavituskava

Allikas: Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 148-215, (Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 272-287)

Järgnevalt on kirjeldatud kogukonnapõhise kogemusnõustaja arendamiseks valitud teenuse disaini meetodid ja nende valiku põhjused antud töös. Ankeetküsitlusega saadakse statistilisi andmeid uuringu suuna valimiseks (Alves & Nunes, 2013, lk 221) ehk antud töös valitakse teenuse arendussuund erinevate vaimse tervise teenuste hulgast. Küsimustiku põhjal kogutakse andmed tihtipeale ilma uurija juuresolekuta ja andmetest on võimalik saada üldine ülevaade respondentide kogemustest ja arvamustest (Clough & Nutbrown, 2012, lk 159). Dokumendianalüüs on võimalus koguda kvalitatiivseid andmeid. Dokumendid võivad olla avalikud, näiteks raportid ja memod või isiklikud, näiteks päevikud ja kirjad. Tänu dokumendianalüüsile on võimalik saada ülevaade uuritava objekti keelekasutusest ja infost, millele uuringus osalejad on tähelepanu pööranud, samal ajal aega säästes, sest materjalid on eelnevalt olemas. (Creswell, 2014, lk 190-193) See on võimalus uuringu käigus tutvuda psüühikahäirega klientide töötamise juurde kuuluvate teenuse osutaja töömeetoditega, ilma, et peaks andmeid uuesti korjama. *Mind map* on ideede visualiseerimise viis, kus seotud mõistetest moodustub võrgustik (Davies M. , 2011, lk 281)

Poolstruktureeritud ekspertintervjuu aitab lühikese ajaga heita pilk teenuse arendamiseks olulisele ja saada kvalitatiivset infot. Intervjuudes võib käsitleda nii trende, ootusi ja

probleeme kui võimalikke lahendusi (Moritz, 2005, lk 190, 193). Uurija viib intervjuud läbi näost-näku või fookusgrupina (Creswell, 2014, lk 190). Klientide tundmaõppimiseks on sobiv vaatluse ja kvalitatiivse intervjuu kombinatsioon. Seejuures on oluline empaatia erineva tausta ja arvamusega inimeste suhtes ja avatud olek. Vaatlusel saadud info aitab mõista, mis kliente motiveerib, mida kliendid soovivad ja kuidas käituvad (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 46-48). Andmete kogumiseks teeb uurija vaadeldavate indiviidide käitumise ja tegevuse põhjal sündmuskohal märkmeid (Creswell, 2014, lk 190). Osalemise astme põhjal on tegemist osalusvaatlusega või kõrvaltvaatlusega. (Aimre, 2001, lk 76). Osalusvaatluse korral on uurija küsimused avatud, et vaadeldavad saaksid vabalt oma arvamust avaldada (Creswell, 2014, lk 190). Huvirühmade kaardistus on erinevate teenusega seotud osapoolte nimekiri, nende huvide ja vastasmõju analüüs (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 150-153). Segmenteerimist kasutatakse olemasolevate või potentsiaalsete kliendigruppide kindlaks tegemiseks, et neile eriilmelist teenust pakkuda (Moritz, 2005, lk 186).

Persoona ei viita reaalsele isikule, vaid koondab endas erinevate isikute sarnaseid jooni. Persoona profiil kirjeldab ühe sotsiaalse grupi huvisid. Persoona on karakter, kellega disainides suhestuda. (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 178-179). Empaatilisi tööriistu kasutatakse teenuse disainis, et näha probleemkohti teenuse kasutaja vaatest (Alves & Nunes, 2013, lk 220). Antud töös kasutatakse empaatia kaarti psüühikahäirega kliendi mõtete, tunnete, tegude ja väljaütlemiste iseloomustamiseks, et teenuse disainis sügavutti mõista selle haavatava kliendigrupi vajadusi.

Klienditeekond on lihtsustus teenuse plaanist. Sellega on võimalik jälgida kliendi teekonda teenuse kasutamise vältel, tehes kindlaks peamised kontaktid, nende tõendid ja teenuse pakkuja võtmetegevused. Kokkupuutepunktid on hindamisväärsed, et muuta protsess käegakatsutavaks ja ülevaatlikuks. Küsimusi ja parandusi saab kujunduse abil esitleda. (Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 273) Iga teenuse protsess koosneb teenuse eelsest ajast, selle tegelikust perioodist, mis algab peale kontaktivõttu ja tekib kasutamise kogemus, ning teenuse järgsest perioodist (Stickdorn M. , 2011, lk 40-41).

Ajurünnakut kasutatakse probleemi lahti mõtestamiseks (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 47) ja ideede genereerimiseks (Carlgren, Rauth, & Elmquist, 2016, lk 49). Antud töös on see vahend teenuse plaani loomiseks. Teenuse plaan on teenuse ja selle põhiliste sündmuste jada objektiivne ja selgesõnaline ülevaade. Seesugune modelleerimine annab süsteemse võimaluse arendustegevuseks. (Kuosa & Koskinen, 2012, lk 19) ja keeruka teenuse süsteemi

haldamiseks. Teenuse algus kajastatakse kliendi vaatenurgast. Kirjeldatakse organisatsiooni vaade ehk tegevused ja protsessid teenuse toetamiseks koos tõendusega teenusest ja juhuslikest ebaõnnestumistest. See aitab disaineril hinnata protsessi, tegevusi, vahendeid ja ressursse, mida on vaja teenuse täiustamiseks ja nendevaheliste seoste mõistmiseks. (Meroni & Sangiorgi, 2016, lk 281) Kokkupuutepunktid märgivad kliendi ja teenuse osutaja vahelist koostoimet. Kirjeldatakse töötajad ja/ või protsessid, mis on kliendile nähtavad ja samuti mittenähtavad (Stickdorn, 2011, lk 206-207). SWOT analüüs on mõttetehnika (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 180), mille abil uurida organisatsiooni siseseid tugevusi ja nõrkusi ning võimalusi majanduskasvuks ja kvaliteedi tõusuks ning väliskeskkonnast tulenevaid ohtusid (Harrison, 2010, lk 92)

Fookusrühm on valitud inimeste rühmavestlus, mida juhib erapooletu moderaator (Alves & Nunes, 2013, lk 220). Kvalitatiivset meetodit kasutatakse klientide arvamuse, tunnete ja hoiakute teada saamiseks (Moritz, 2005, lk 198). Selleks kasutatakse avatud küsimusi (Creswell, 2014, lk 190). See on võimalus koguda tagasisidet teenuse elluviimise kohta teenuse meeskonnalt ja klientidelt. Klientide enesehinnangut taastumise teguritele mõõdetakse CHIME raamistiku alusel. Ärimudeli lõuend on tööriist, et kirjeldada, analüüsida ja disainida ärimudelit (Dijk, Raijmakers, & Kelly, 2011, lk 212-213). Valitud on mittetulundusühingule sobiv põhi, mille alusel saab analüüsida ja mõista, mis on organisatsiooni missioon ning mida organisatsioon pakub ja väärtustab (Osterwalder & Pigneur, 2010). Kui teenuste pakkumine põhineb spetsialistide, teenuse kasutajate, nende perekondade ja naabruskondade vahelistel võrdsetel ja vastastikustel suhetel, siis muutuvad tänu koosloome käigus tehtule tõhusamalt nii teenused kui ka kogukonnad (Boyle & Harris, 2009, lk 11).

Eelarve koostatakse, et määrata majandustegevuse tulevik, eesmärgid ja nende saavutamiseks vajalikud ressursid, tegevused, ajakava ja kontrollimeetmed. Finantsaruandluse analüüs võimaldab teha majandusliku informatsioon alusel otsuseid, finantsseisukorda ja majandustulemusi ennustada. Raamatupidamise aruandlusest näitab kasumiaruanne majandusaasta sissetulekuid ja selle põhjal tulude kõikumist ja kasvu ulatust. (Aruste, 2012) Kuna kirjanduse analüüsist selgus, et kogemusnõustajate töötamise jaoks on vajalik nende toetamine koolituse ja supervisiooni kaudu, on sobiv koostada ka koolituskava. Kirjanduse analüüsist selgus samuti, et vaimse tervise teenused on osutatud laias ökosüsteemis, mistõttu

tuleb teenuse osutajal pöörata tähelepanu koostööpartnerite teavitamisele, selle aluseks on teavituskava.

Kokkuvõtlikult kuulub kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse arendus sotsiaalse disaini valdkonda, sest tegeleb psüühikahäirega inimeste toimetuleku parandamisega ja ühiskondlike murekohtade leevendamisega. Vaimse tervise probleemid mõjutavad klientide teenuse kasutamise kogemust. Seepärast on teenuse osutaja roll suurem kui vaid teenuse kättesaadavaks tegemine. Teenuse osutaja jagab vastutust kliendi toimimise ja huvide kaitse eest ja tema võimuses on tekitada positiivsed muutusi klientide heaolus. Kui teenused ei ole vaid disaini objekt, vaid lisaks panustavad muutustele ühiskonnas, on see samm avatuma ja enam koostööl põhineva ühiskonna suunas.

Tuginedes psüühikahäirega inimese kliendikäitumise spetsiifikale ja erinevate autorite käsitlusele on kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse disainimise jaoks sobiv metoodika neljaastmeline: info kogumine, andmete analüüsimine, ideede ja kontseptsiooni arendamine ning teenuse pakkumine. Lisaks tõi autor välja teenuse arendamiseks sobivad meetodid.

2. KOGUKONNAPÕHISE KOGEMUSNÕUSTAMISE TEENUSE ARENDAMINE

2.1. Vaimse tervise teenuste pakkumise olukord Eestis ja Tartu linnas ning uuringu metoodika

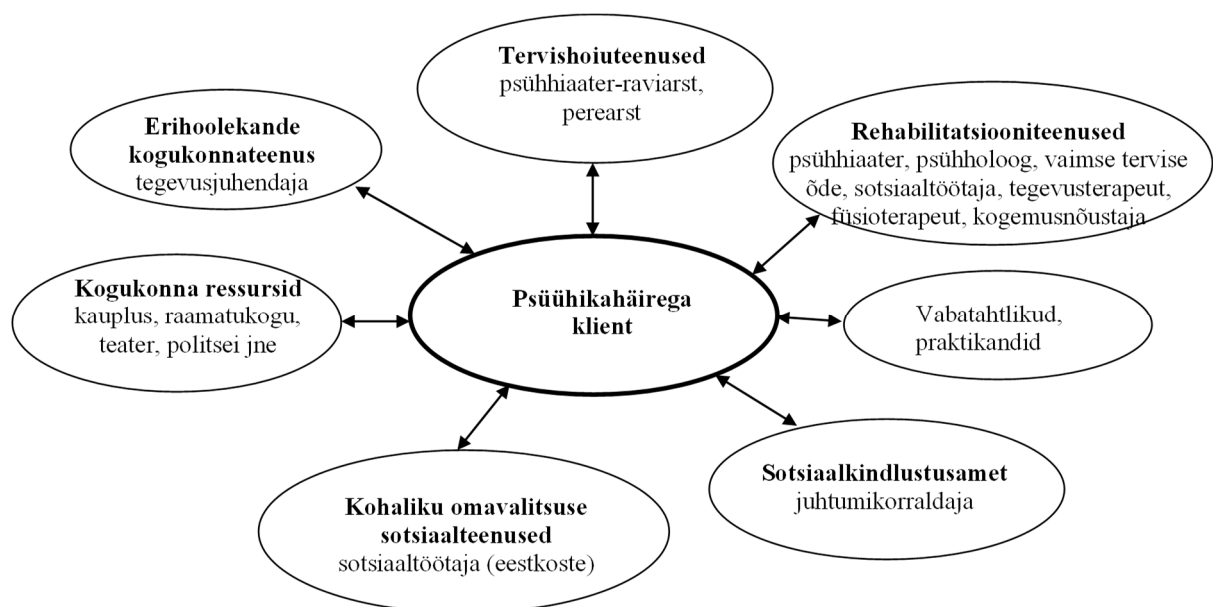
Avalike teenuste osutamisel lähtutakse Eesti Vabariigi põhiseaduses toodud kohustustest (EV Põhiseaduse 14. peatükk) ja teistest valdkonna spetsiifilisematest seadustest. Sotsiaalvaldkonnas tuginetakse Sotsiaalhoolekande seadusele. Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) järgi on riigi korraldatavad teenused (ptk 3) täisealistele abivahendite omandamine, sotsiaalse rehabilitatsiooni ja erihoolekande teenus. Riik võtab sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse üle (SHS §56), see tähendab teenuse saamist rahastatakse riigieelarvest Sotsiaalkindlustusameti eelarve kaudu. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust (SHS § 66) saavad osutada nii kohalikud omavalitsused kui era- ja mittetulundussektoris kuuluvad organisatsioonid. Eestis on rehabilitatsiooni teenus erinevate sektorite koostöös osutatav teenus.

Eestis on psüühikahäire alusel määratud puue u. 23 800 inimesele (Eesti Puuetega Inimeste Koda). Tegelikult on psüühilise erivajadusega inimesi rohkem, sest puude alusel tehtud statistika ei kata kõiki diagnoosiga isikuid (Sotsiaalministeerium, 2014, lk 5). Mitmetes analüüsides tuuakse välja teenuste osutamise kitsaskohad sellele sihtgrupile. Leitakse, et rehabilitatsiooniteenus pole piisavalt sihitud (Leppik, 2014, lk 84). Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument 2002. aastast toob välja probleemkohana efektiivse toetusvõrgustiku puudumise ebastabiilse kuluga psüühikahäirega inimestele ning et kohaliku tasandi kriisiabi võrgustik rakse ja sügava psüühilise erivajadusega inimestele on kirjeldamata. Samu teemasid markeeritakse endiselt Vaimse tervise ja heaolu strateegias 2016-2025 (Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon, 2016). Hinnatakse ka, et teenuseosutajate ettevalmistus ja ressursid korrapäraseks tegelemiseks inimeste psühholoogilise heaolu tagamisega on ebapiisavad. Puudub asjatundlikkus toetada psüühikahäirega inimese taastumisprotsessi ning seetõttu pole toimetuleku taastamine tulemuslik. Keskendutakse

igapäevaelu oskuste ja toimetuleku toetamisele, vähem arendatakse abivajajaid ja kogukondi seostavaid teenuseid. (Trinidad Wiseman, 2018, lk 23-25) Sellest järeldub, et kogukonnapõhiste teenuste arendus psüühikahäirega inimestele on oodatud ja vajalik.

Kogukonnapõhiste teenuste arenduse vajadus seostub ka üleminekuga institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele. Analüüsist selgub, et ööpäevaringsetel erihoolekandeteenustel on palju inimesi, kes tuleks toime väiksema toetusega oma elukeskkonnas (Trinidad Wiseman, 2018, lk 17). Sellega on kooskõlas erihoolekande arengukava 2014-2020 eesmärk (lk 34), et vähem inimesi elab kogukonnast eraldatult, tavaliselt suurtes hoolekandenasutustes. 2014. aastal viibis üle 30-kohalistes üksustes ööpäevaringsel erihooldusteenusel u. 1800 isikut. Aastaks 2023 peaks deinstitutionaliseerimise protsessi tulemusel nii suurtes asutustes elama alla 170 inimese. Toimub reorganiseerimine väiksemateks üksusteks.

Seega kogukonnapõhiseid teenuseid arendatakse, et tagada psüühikahäirega inimestele samalaadne elukeskkond ja elukorraldus, mis on ülejäänud elanikkonnalegi kättesaadav ning et pakkuda võimalusi heaks elukvaliteediks ja osalemiseks täieõiguslike kodanikena sotsiaalses, kultuurilises ja majanduslikus tegevuses, sel määral, mida inimene soovib. Suured muutused nagu seda elukoha vahetus psüühikahäirega kliendile on, vajavad mitmeküldset toetust. Psüühikahäirega kliendi ümber olevad teenused on toodud joonisel 4. Riiklikult rahastatud erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuseid täiendavad kohaliku omavalitsuse poolt osutatavad teenused.



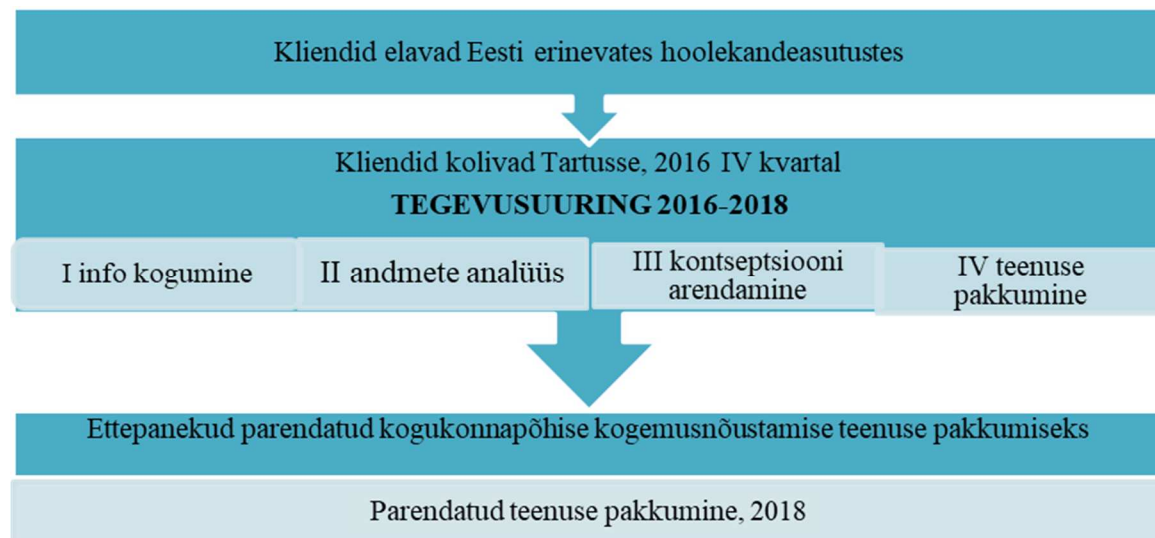
Joonis 4. Vaimse tervise teenuste kliendikeskne korraldus Eestis (autori koostatud)

Erihoolekande teenuse osutajaid on Eestis u. 150, kes paiknevad üsnagi hajusalt üle Eesti (Sotsiaalkindlustusamet). Suurim erihoolekande teenuste osutaja on AS Hoolekandeteenused. Riigi omanduses olev aktsiaselts on ühtlasi suurim hoolekandetasutuste omanik (www.hoolekandeteenused.ee) ja seega suurim ööpäevaringse erihoolekandeteenuse pakkuja. Seega on AS Hoolekandeteenused asutus, mis on enim deinstitutionaliseerimise protsessi keskmes ja aktsiaseltsi poolt tehtavad ümberkorraldused suunavad suuresti institutsionaalselt teenuste korralduselt kogukonnapõhiste teenustele ülemineku edukuse. Heaolu ja Taastumise Kool on vaimse tervise teenuse osutaja psüühikahäirest taastuajatele. Klientidest suure osa moodustavad inimesed, kes kolivad suurtest hoolekandetasutustest uutesse elupaikadesse kogukonnateenusele ja kasutavad elumuutusega paremaks kohanemiseks rehabilitatsiooniteenuse toetust. Teenuse osutaja rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad kutseliste aitajate kõrval kogemusnõustajad. (Heaolu ja Taastumise Kool) Eestis on üldse kokku 105 rehabilitatsiooniteenuse osutajat, neist 60 pakuvad rehabilitatsiooniteenust psüühilise erivajadusega inimestele. Tartus pakuvad täiskasvanutele teenust 14 organisatsiooni, neist 5 pakuvad kogemusnõustamise teenust. (Sotsiaalkindlustusamet)

Need numbrid väljendavad seda, et kogemusnõustamise teenus ei ole veel laialt kättesaadav. Kogemusnõustaja kaasamiseks, rolli tugevdamiseks ja tõhusamaks kasutamiseks andis soovitus Sotsiaalministeeriumi juures töötanud sotsiaalteenuste kvaliteedi töörühm (Vana, 2013, lk 47). Sotsiaalhoolekande seaduse muudatuste järel 2016. aastal kuulub kogemusnõustamise teenus Eestis rehabilitatsiooniteenuste hulka (nt sotsiaaltöötaja ja psühholoogi teenuste kõrval). Üsna hiljutisest seaduse muudatusest võib järeldada, et kogemusnõustaja kaasamine vaimse tervise spetsialisti kõrval on veel väheste teenuse osutajate igapäevapraktika. Kogemusnõustajate Koja loomine 2017. aastal toetab kogemusnõustamise arengut Eestis.

Raske psüühikahäirega inimestele kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse disainimiseks teostas autor tegevusuuringu. Tegevusuuring võimaldab uurida sotsiaalseid sündmusi nende toimumiskohas. Peale uurimisprobleemi püstitamise on uuringu disain tsükliline (saadud teadmistest sõltuvad järgmised sammud), uuringu sihtgrupp, kasusaaja ja uurija teevad koostööd, meetodid on kvalitatiivsed. (Villiers, 2015, lk 115) Tegevusuuring tegeleb tegeliku elu probleemidega, eeldades koostööd, dialoogi, vastastikust õppimist ja mõõdetavate tulemusteni jõudmist (Denzin & Lincoln, 2008, lk 557). Kuna uuring on reaalselt väljundile suunatud, lubab see uuringu läbiviijal olla probleemi lahendamisega seotud. Osalusuuring

valiti ka sel põhjusel, sest see annab aktiivse rolli kogukonnapõhisel teenusel osalejatele kujundada teenus nende jaoks sobilikumaks.



Joonis 5. Disainiprotsess

Disainiprotsessi eelselt elasid uuringusse kaasatud raske psüühikahäirega inimesed hoolekandeesutustes üle Eesti. Suurest toetusvajadusest tulenevalt olid nad ööpäevaringse erihoolekande teenuse kliendid. Heaolu ja Taastumise Kooli rehabilitatsioonimeeskond sõitis hoolekandeesutusse ning sotsiaaltöötaja ja kogemusnõustaja koostöös toimus kaks korda kuus grupikohtumine. Erihoolekandes toimuva deinstitutionaliseerimise protsessi käigus kolisid kliendid uude elupaika, Tartusse kogukonnapõhisele erihoolekandeteenusele. Seda suure elumuutusega toime tulekut toetas Heaolu ja Taastumise Kooli rehabilitatsioonimeeskond, sealhulgas kogemusnõustaja. Uudne olukord oli see ka teenuse osutaja jaoks, sest puudus varasem praktika kogukonnapõhiselt kogemusnõustamise teenust osutada. Viimase aasta jooksul on seoses hoolekandeesutuste sulgemise protsessiga Tartu linna elama asunud kümnekond varem peamiselt Saaremaal, Sõmera Hooldekodus elanud inimest. Heaolu ja Taastumise Kooli juhi sõnul on Tartu linn deinstitutionaliseerimise protsessis üks esimesi uusi elupaiku (Mäe suuline teade 20.03.2017). Seetõttu on Tartu valitud antud töö vaatlusobjektiks.

Töös kombineeritakse erinevaid meetodeid. Teoreetiline triangulatsioon tuleneb erinevate teooriate ja lähenemiste kasutamisest uuringu läbiviimisel ja tulemuste selgitamisel. Andmete triangulatsioon tuleneb erinevate andmeallikate kasutamisest (intervjuud, fookusrühmad, dokumendid) ja erinevate osapoolte arvamuste koondamisest (vaimse tervise valdkonnas

töötavad spetsialistid ja kogemusnõustajad, psüühikahäirega inimesed) (Hussein, 2009, lk 3-4). Meetodi valikul on lähtutud töö eesmärgist ja võimalusest selle abil kogutud informatsiooni analüüsida ning seletada. Teenuse disaini protsessi etappide läbimine on hea eeldus kliendikeskse lahenduse väljatöötamiseks, mis on rehabilitatsiooni-, sh kogemusnõustamise teenuse üks aluspõhimõtetest. Teenuse disaini protsessi läbitöötamine on valitud ka põhjusega, et selles peituvad tingimused, et arendatud teenus vastab huvirühmade ja laiemalt ühiskonna ootustele ning teenuse pakkumine on läbimõeldud ja ressursisäästlik tööviis Heaolu ja Taastumise Kooli meeskonna vaatest.

Kuna kogemusnõustamine on küllaltki uudne ja vähe uuritud valdkond, on narratiivide uurimine, isiklik ja kvalitatiivne uurimus väärtuslikum kui enam tulemustele suunatud võrdlev kvantitatiivne uurimus (Repper & Carter, 2011, lk 393). Kvalitatiivses uuringus on materjal verbaalne või piltlik, kvalitatiivses uuringus on see esitatav numbriliselt (Aimre, 2001, lk 79). Intervjuude ja fookusgruppide tulemuste kombineerimine annab rikkalikuma ülevaate vaatlusobjektile iseloomulikest tunnustest (Lambert & Loisele, 2007, lk 235). Kvalitatiivsed andmed kogutakse poolstruktureeritud intervjuudega, fookusgrupi intervjuudega (kliendid, teenust osutavad spetsialistid, teised huvirühmad) ja vaatluse teel. Kvalitatiivne lähenemine on valitud, sest uuringu fookuses on intervjuueeritavate poolt tajutud ootused ja vajadused. Kuna on olemas seletavad teooriad, on andmeanalüüsi meetodiks valitud kvalitatiivne suunatud sisuanalüüs, mille eesmärgiks on üldjuhul valideerida või edasi arendada olemasolevat teooriat. Kvalitatiivne lähenemine on kasutuses suuremas ulatuses tööst põhjusel, et nii on võimalik paindlikult liikuda teenuse disaini protsessi erinevate etappide vahel: koguda materjali, seda töödelda ja analüüsida ning vajadusel pöörduda uuesti materjali koguma. Uuringu käigus läbiviidud ankeetküsitlus ilmestab teenuse vajalikkust. Ankeetküsitluses andsid vastajad hinnangud skaalal 1-4, kus 1 tähistas nõustumist ja 4 mittenõustumist. Andmete esitamiseks on kasutatud sagedusel põhinevat tulpdiagrammi, avatud küsimuste vastused on kategoriseeritud sisuanalüüsiga. Teenuse disainiprotsessi erinevates osades kasutatud meetodid on toodud tabelis 8.

Esmased ja teisesed uuringud viitavad allika spetsiifikale. Esmane viitab algsele uurimusele, mille korraldab organisatsioon oma tarbeks. Teisene viitab andmete või järelduste kogumisele, mille on eelnevalt avaldanud kolmandad pooled. Sekundaarne uurimine on küll odavam, kuid ei pruugi sobida uurija täpsete vajadustega. (Visocky O'Grady & O'Grady, 2009, lk 19). Esmased andmed koguti küsitlusega, ajurünnakutega, intervjuude käigus. Teisesed andmed saadi dokumentide analüüsist.

Tabel 8. Kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse disainiprotsessi meetodid, andmeallikad ja väljundid (autori koostatud)

Etapp	Meetod	Allikas/ valim	Väljund
Info kogumine	Ankeetküsitlus, 4.05.-30.11.16, lisa 1	N = 113, n = 99 KOV sotsiaaltöö spetsialistid (73), KOV allasutuse töötajad (16), muud spetsialistid (10)	Sotsiaalteenuse arendamise võtmeisikute hinnang teenuse arendamise vajalikkusele.
	Dokumendianalüüs, 15.01.-30.02.17	Klienditoimikud koos profiili ja reh.plaaniga (9), arengukava, töökorrad, reh.teenuse hinnakiri	Ülevaade dokumentidest. Sisend järgnevateks tegevusteks.
	<i>Mind map</i> , 18.03.17 Poolstruktureeritud intervjuu, 20.03.17, lisa 2	Heaolu ja Taastumise Kooli 6 töötajat, 1 lähedane 1 juhatuse liige	Teenuse arendusmeeskonna, kogemusnõustajate ja lähedaste vajadused ja ootused teenuse arendamiseks ja probleempüstitus.
	Osalusvaatlus, 27.02.17-15.03.17	Esimene rühmakord 7 klienti, 4 töötajat, klientide kodude külastused 2 kodu, 6 klienti	Klientide tundma õppimine, nende elupaiga ja teenuse osutamise keskkonna (klientide kodud, rühmaruum) kirjeldus, klientide ootuste ülevaade ja hinnang nende sotsiaalsele aktiivsusele.
	Huvirühmade kaart, 15.-18.03.17	Töö autori poolt tehtud varasemate uuringute põhjal	Ülevaade teenusega seotud osapooltest ja nende huvidest.
	Klientide segmenteerimine, 19.-20.03.17	Heaolu ja Taastumise Kooli 6 töötajat	Kliendigrupi vajaduse kirjeldus lähtuvalt taastumise astmetest.
Analüüsimine	Persoonade kirjeldus, 24.03.17, lisa 3	Heaolu ja Taastumise Kooli 5 töötajat	Erinevate isikute sarnaste joonte alusel koostatud kolme tüüpkliendi kirjeldus.
	Empaatia kaart, 24.03.17		Kliendi mõtete, tunnete, tegude ja väljaütlemiste iseloomustus.
	Klienditeekond, 28.03.17, lisa 4	Heaolu ja Taastumise Kooli 6 töötajat	Kliendi toimingud ja temaga kokkupuutekohtade määramine.
Arendamine	Teenuse plaan, 28.03.17, lisa 5	Heaolu ja Taastumise Kooli 6 töötajat	Teenuse kontseptsioon, seosed teenuse erinevate osade vahel.
	SWOT, 28.-29.03.17	Töö autori poolt tehtud varasemate uuringute põhjal	Teenuse riskianalüüs, järelduste ja ettepanekute väljatoomine
	Tasuvusanalüüs, 1.-30.09.17, lisa 9		Finantsproгноos 2018-2020.
Teenuse pakkumine	Fookusrühma intervjuu ja SAMET hindamine klientidega, 17.01.18, lisa 6 ja 7 ja kogemusnõustajatega 21.02.18, lisa 8	5 klienti 3 kogemusnõustajat	Klientide tagasiside teenuse osalemisele ja enesehindamine, kogemusnõustajate tagasiside teenuse osutamisele ja ettepanekud teenuse edaspidiseks arendamiseks.
	Ärimudel lisa 10, koolituskava, teavituskava, 22.-28.02.18	Töö autori poolt tehtud varasemate uuringute põhjal	Väärtuspakkumine Koolitusvajadus Teavitustegevuste kirjeldus osapoolte kaupa.

Info kogumise etapis õpiti tundma sihtgrupi vajadusi ja probleeme. Samuti uuriti teenuse osutamise laiemat konteksti. Selleks viidi esmalt läbi ankeetküsitlus Tervise Arengu Instituudi poolt korraldatud koolituse „Kliendist kodanikuks vaimse tervise valdkonnas” järgselt. See oli osa koolituse tagasisideküsimustikust (vt lisa 1) ja ilmetas sotsiaalteenuse arendamise võtmeisikute nägemust vaimse tervise teenuste osutamise kitsaskohtadest ja teenuse arendamise vajalikkusest. Koolituse sihtgruppi kuulusid sotsiaalvaldkonna praktikud üle Eesti, kes igapäevaselt haavatavate sihtgruppidega, sh psüühikahäirega inimestega kokku puutuvad, neile teenuseid osutavad ja ka arendavad. Seepärast oli koolituse järgne tagasiside küsimine hea võimalus sihtgrupini jõuda ja saada suure grupi inimeste aramus. Koolitusi oli Eesti maakonnakeskustes kokku kaksteist ja viimasel koolituspäeval vastas küsimustele 99 osalejat. Koolitustel osales kokku 113 inimest. Küsimustele vastajatest olid 73 kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistid, 16 kohaliku omavalitsuse allasutuse töötajad (näiteks päevakeskus, varjupaik jmt) ja 10 muu sotsiaalvaldkonna esindajad (näiteks hoolekandenasutus). Eraldi Tartumaa kohalike omavalitsuste töötajate hinnanguid küsitluse põhjal välja tuua ei olnud võimalik, sest Tervise Arengu Instituudi koolitust korraldava töötajaga vesteldes selgus, et kuigi koolitused toimusid üle Eesti, valisid osalejat ka kodu- ja töökohast kaugemal olnud koolitusi toimumisaja järgi. Seega ei sobinud põhimõtte küsida nii vähe andmeid kui võimalik ja piirkonna alusel esile toodud andmed oleksid ebatäpsed, ei esindaks selle piirkonna kohalike omavalitsuste töötajate hinnanguid. Seepärast ei ole andmete esitamisel piirkondi esile toodud.

Järgnevalt viidi läbi dokumendianalüüs, et tutvuda sihtgrupi – Tartu linna elama asunud ja Heaolu ja Taastumise Kooli rehabilitatsiooniteenusel olevate psüühikahäirega inimeste taustaandmetega ning saada ülevaade Heaolu ja Taastumise Kooli töökordadest. Klienditoimikus oli võimalik tutvuda kliendi profiiliga ja täidetud töölehtedega, ning rehabilitatsiooniplaaniga, mis oli aluseks hilisemale kliendigrupi segmenteerimisele lähtuvalt taastumise astmetest. Heaolu ja Taastumise Kooli dokumentidega tutvumine oli aluseks töö järgmistele etappidele. Arengukava eesmärgid ja väärtused kajastuvad teenuse pakkumise ärimudelis, kvaliteedi käsiraamatus kirjeldatud teenusele suunamine protsess sisaldub klienditeekonnas, teenuse osutamise kvaliteedijuhised on arvesse võetud teenuse plaanis, personalipoliitika ning koolitus- ja arenguplaan on aluseks teenuse personalitöö kirjeldusele ja koolituskavale. Nimetatud töökordade analüüs aitas tagada, et arendatav teenus sobitub organisatsiooni teenuste osutamise protsessiga.

Mind-map koostati looval viisil probleemi lahtimõtestamiseks ja ideede visualiseerimiseks. Kokku said sotsiaaltöötaja, psühholoog, neli kogemusnõustajat ja üks lähedaste esindaja. Seitse inimest jagunesid kaheks väikegrupiks ja panid 15 minuti jooksul kirja ideed teenuse vajaduse kohta. Peale seda toimus ideede esitlus ja arutelu (kokku 1 tund). Märkmed on säilitatud kirjalikult. Need olid aluseks edaspidi andmete analüüsimisel.

Põhjaliku ülevaate saamiseks teenust arendava organisatsiooni ootustest ja probleemi püstitusest viis autor läbi poolstruktureeritud intervjuu Külli Mäega, kes on Heaolu ja Taastumise Kooli juhatuses vastutades arendusprojektide eest ning täidab ka teenuse osutamise meetodiku rolli. Poolstruktureeritud intervjuu valdkonna eksperdiga valiti andmete kogumise meetodiks, sest see võimaldab esitada spontaanseid küsimusi ja olla tundlik vastaja suhtes ja saada seeläbi info kogumise etapis võimalikult palju ja sügavutti teada. Ekspertintervjuu ja allpool viidatud fookusrühma intervjuude küsimused põhinevad erinevate eelmistes peatükkides toodud autorite käsitlustel (vt tabel 9). Intervjuu käigus oli vaba õhkkond ja informandil oli rahulikult aega vastata. Intervjuu kestis 46 minutit. Põhiküsimused on intervjuu plaani kujul leitavad lisast 2. Intervjuu andmed on säilitatud helifailina.

Klientide tundma õppimiseks valiti vaatlus, sest see võimaldas jälgida keskkonda, kus kliendid elavad, kogeda nende käitumist ja seeläbi saada infot loomulikul viisil. Vaatlus seisnes kahe kliendi kodu külastuses, koos rehabilitatsioonimeeskonna meetodiku ja sotsiaaltöötajaga ja erihoolekande kogukonnateenuse tegevusjuhendajaga. Vaadeldi vestlust töötajate ja klientide vahel, mille käigus saadi ülevaade klientide sotsiaalsest aktiivsusest ja tegevusvõimest. Samuti toimus vaatlus klientide esimesel rühmakorral, mida viisid läbi sotsiaaltöötaja ja kogemusnõustajad. Rühmakorral kliendid tutvustasid end ja juttu oli esmastest ootustest järgmistele kohtumistele. Vaatluse käigus saadud infot on antud töös kasutatud klientide segmenteerimiseks ja tüüpklientide loomiseks.

Huvirühmade kaardistamine valiti meetodiks, et visuaalselt ja kokkuvõtlikult määratleda teenusega seotud osapooled nii disaini protsessis kui hilisemas teenuse osutamise perioodil, samuti nende huvid. Infoallikad olid dokumendianalüüsi käigus kvaliteedikäsiraamat ja arendusmeeskonnaga, kogemusnõustajate ja lähedastega läbiviidud ajurünnak. Arendusmeeskonda kuulusid meetodik, sotsiaaltöötaja ja kogemusnõustajad. Klientide segmenteerimise meetod andis võimaluse kliente tunnuste alusel grupeerida. Vaadeldavaks tunnuseks valiti taastumise astmed, sest sellest sõltuvad osutatavad teenused ja toetusvajadus.

Tabel 9. Intervjuude teemad teoreetiliste lähtekohtade alusel (autori koostatud)

Autorid, aasta	Intervjuude teemad
Anderson <i>et al.</i> 2013, Bradstreet 2006, Drew 2011, Faulkner & Basset 2012, Harvey 2011, Harvey & Strassing 2012, Hollander & Wilken 2015, Keyes 2013, Lietz, Lacasse, Hayes & Cheung 2014, Moran, Russinova & Steps 2012, Repper ja Carter 2011, Rose, Fleischmann & Schofield 2010, Rosenbaum, Seger-Guttmann & Giraldo 2017, Slade, Brownell, Rashid & Schrank 2017.	Haavatav sihtgrupp ühiskonnas ja teenuse disainis, psüühikahäirega inimeste sihtgrupi (eri)vajadused kogukonnapõhise teenuse kasutamisel.
Andresen, Caputi, & Oades, 2006, Anthony 1993, Anthony & Farkas 2009, Chien, Lui & Clifton 2013, Clifton, Repper, Banks & Remnant 2013, Hollander & Wilken 2015, Leamy, Bird, Le Boutillier, Oades, Deane ja Crowe 2017, Ley, Roberts & Willis 2010, Moran, Russinova, & Steps 2012, Oades & Anderson 2012, Paavel, Kõrgesaar, Sarjas, Sõmer & Vasar, 2000/2001, Repper & Carter 2011, Slade & Wallace 2017, Wilken & Hollander 2013, Wilken, Medar, Bugarszki, Leenders 2014, Williams & Slade 2011, Yates, Holmes & Priest 2012.	Personaalne taastumine ja seda toetav sotsiaalne kaasatus vaimse tervise teenuste osutamisel, psüühikahäirega inimese toetamine taastumise astmest lähtuvalt, taastumist toetavate teenuste arendamine, kogemusnõustaja roll.
Anthony & Farkas 2009, Slade, et al., 2014, Wilken & Hollander, 2013.	Väärtused psüühikahäirega kliendile teenuse arendamisel ja osutamisel
Chien & Norman 2009, Clifton, Repper, Banks, & Remnant 2013, Cook <i>et al.</i> 2010, Crepaz-Keay & Cyhlarova 2012, Davidson, Bellamy, Guy & Miller 2012, Davies, Gray, & Webb 2014, Faulkner & Basset 2012, Hollander & Wilken 2015, Newton, Beales, Collins & Basset 2013, Repper & Carter 2011, Repper & Watson 2012, Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy 2010, Swarbrick 2013.	Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenusega alustamist toetav tähenduslik eesmärk, tegevusprogramm.
Bradstreet 2006, Brown & Townley 2015, Davidson, Bellamy, Guy & Miller 2012, Faulkner & Basset 2012 Ley, Roberts, & Willis 2010, Moran, Russinova, & Steps 2012, Newton, Beales, Collins & Basset 2013, Repper & Carter 2011, Salzer, Schwenk & Brusilovskiy 2010.	Kogemusnõustajana töötamise kasu, kogemusnõustaja meeskonnas ja töökeskkonnas.
Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør & Karlsson 2014, Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade 2011, Slade & Wallace 2017, Wyder & Bland 2014.	Kogukonnapõhise teenuse tulemuste mõõtmise võimalused.

Teises, määratlemisetapis koondati info kogumise etapis saadud andmed, neid analüüsiti ja selle tulemusel selgus edasine fookus. Selle etapi esimese tegevusena koostati kolme tüüpkliendi kirjeldus. Persoonad koostati ajurünnaku tulemusel, kus osalesid sotsiaaltöötaja ja neli kogemusnõustajat. Persoonad olemasolu oli hilisemates etappides arendusmeeleka jaoks ilmikas meeldetuletus hoida tähelepanu kliendil, tema eesmärkidel ja vajadustel. Empaatia kaart koostati kliendi tunnete, mõtete, tegude ja väljaütlemiste kirjeldamiseks, et disaini käigus neist lähtuda. Persoonat silmas pidades koostati samuti ajurünnaku tulemusel kliendi teekond. Selles ajurünnakus osalesid meetodik, sotsiaaltöötaja ja neli kogemusnõustajat. Klienditeekonna koostamine võimaldas hinnata klientide kogemust ja vajadusi teenusel oleku

jooksul. Selles etapis kujunes välja teenust arendav tuumikmeeskond: metoodik, sotsiaaltöötaja ja neli kogemusnõustajat.

Kolmandas, ideede ja kontseptsiooni arendamise etapis loodi teenuse kontseptsioon. Kontseptsioon on kirjeldatud teenuse plaanis (vt lisa 5), sest see võimaldas süsteemiselt ja piltlikult esile tuua teenuse erinevad osad ja nendevahelised seosed. Teenuste plaani kirja panekul osalesid metoodik, sotsiaaltöötaja ja neli kogemusnõustajat. Teenuse plaani põhjal hinnati edasisi tegevusi teenuse kogemiseks ja selleks vajalikke vahendeid. Teenuse tugevustest ja nõrkustest ülevaate saamiseks koostati SWOT analüüs. SWOT analüüsi koostas autor selleks ajaks olemas olevate uuringu andmete põhjal. Teostatavuse hindamiseks majanduslikust aspektist, koostati finantsproгноos perioodi 2018-2020 kohta. Kolm aastat valiti, et hinnata teenuse jätkusuutlikkust pikema perioodi jooksul. Arvutused tehti MS Excel programmis autori poolt, arvestades arendusmeeskonnalt saadud infot ja sotsiaalkaitseministri kinnitatud sotsiaalse rehabilitatsiooni hinnakirja.

Eelmises etapis tekkinud arusaamade põhjal katsetati teenust elluviimise etapis. Teenuse osutamisele tagasiside saamiseks viidi läbi kaks fookusgrupi intervjuud. Esimene fookusgrupp oli teenuse sihtgrupiga, seal osales viis klienti. Rohkem ei olnud tulijaid tervislikel põhjustel ja seoses viibimisega tööl. Kuigi selleks ajaks oli uurimisprojekt pikalt kestnud ja võis eeldada, et uurija kohalolek on klientide jaoks tavapäraseks muutunud, paluti fookusgrupi intervjuule ka kogemusnõustajad, sest nendega olid kliendid tuttavad ja tänu sellele tekkis vabam õhkkond. Kogemusnõustajaid osales neli. Klientidega vesteldi nii läinud aastast kui ka oli võimalus teha ettepanekuid teenuse parendamiseks. Intervjuu kava on lisas 6. Lisaks fookusgrupile viidi läbi osalejate enesehindamine SAMET küsimustikku (välja töötatud CHIME alusel) kasutades (lisa 7). Sotsiaaltöötaja poolt oli samadel alustel enesehindamine läbi viidud ka aasta varem. Kahe hindamise vaheline aeg iseloomustab teenuse osutamise perioodi. Võrdlusena andsid ka klientidega seotud sotsiaaltöötajad klientidele SAMET alusel hinnangu. Teine fookusgrupi intervjuu toimus teenust osutanud kogemusnõustajatega. Intervjuul osales kolm inimest. Valitses sundimatu olemine. Intervjuu tulemuseks oli kogemusnõustajate tagasiside teenuse osutamisele ja ettepanekud teenuse edaspidiseks arendamiseks. Fookusgrupi intervjuu valiti tagasiside kogumise meetodiks, et osalejate omavahelise suhtlemise tulemisel tekiks uusi teemaarendusi ja et mõtestada teenuse osutamise protsessi ja anda sellele tagasisidet. Põhiküsimused on intervjuu plaani kujul

leitavad lisast 8. Fookusgrupi intervjuud salvestati helifailina. Esimene kestis 55 minutit ja teine 49 minutit. Töös on välja toodud peamised intervjuu teemad.

Sotsiaalse ärimudeli esitamisega on selgesti nähtav väärtuspakkumine ning teenuse osutamisel võtmetegevused ja -ressursid. See on edaspidi abiks strateegiliseks juhtimiseks. Et juhised teenuse osutamiseks oleksid selged, valmisid teavituskava ning personali koolituskava.

Uuringu varasemate etappide käigus teada saadud info alusel kootas autor huvirühmade kaardi, klientide segmendid, SWOT analüüsi, teavituskava, koolituskava personali arendamiseks ning ärimudeli kaardistuse.

Kokkuvõttes selgus, et Eesti vaimse tervise teenuste süsteemis on mitmeid kitsaskohti. Kogemusnõustaja kutse on alles kujunemas ning seetõttu rehabilitatsioonimeeskonna liikmena veel üsna vähe kasutatud ressurss psüühikahäirega inimeste toetamiseks. Heaolu ja Taastumise Kool on rehabilitatsiooniteenuse osutaja psüühilise erivajadusega inimestele vaimse tervise probleemidega toimetulekul. Tartus arendatakse kogukonnapõhise rehabilitatsiooniteenuse mudelit, kus kutselise meeskonnaliikme kõrval töötab kogemusnõustaja.

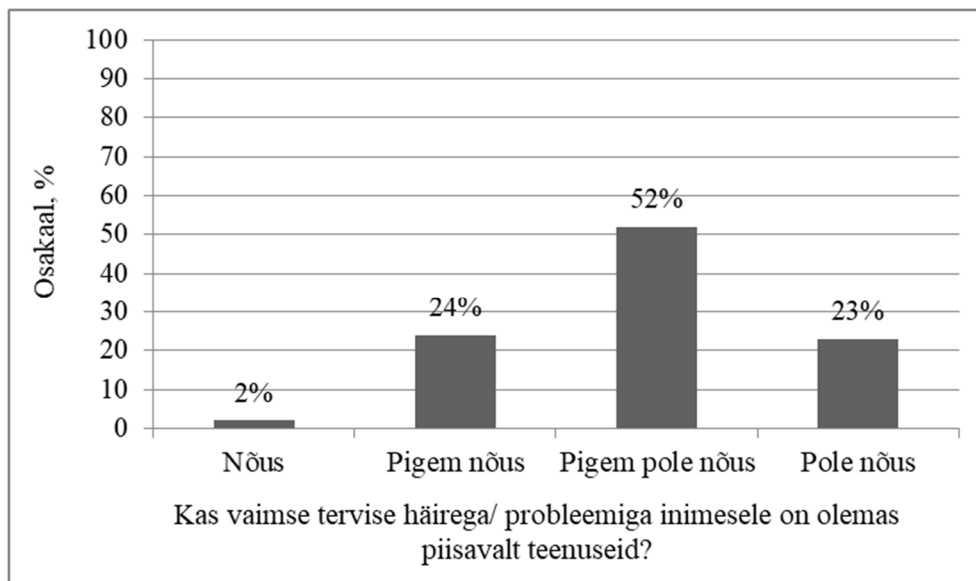
2.2. Tegevusuuringu tulemused

Tegevusuuringu tulemused on saadud eelnevalt kirjeldatud kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse disaini protsessi alusel ja lähtudes psüühikahäirega inimese kliendikäitumise spetsiifikast. Uuringu tulemuste põhjal on disainitud kogemusnõustaja kogukonnapõhine teenus inimestele, kes elavad psüühikahäirega ja on liikunud hoolekandenasutusest elama kogukonnateenusele.

Info kogumise etapis selgus kohalike omavalitsuste sotsiaalvaldkonna töötajate hinnang teenuse arendamise vajalikkusele, teenuse osutaja ja selle arendusmeeskonna ning klientide pereliikmete ootused ja probleemi püstitus, samuti klientide ootused, vajadused ja segmendid ning teenusega seotud osapoolte huvid.

Ankeetküsitlusest selgus vaimse tervise häirega inimestele suunatud teenuste kättesaadavus ja kitsaskohad kohalikes omavalitsustes üle Eesti. Vastajate hulgas oli 74% kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistid (73 isikut), 16% kohaliku omavalitsuse allasutuse töötajad (16 isikut), 10% (10 isikut) olid muudes organisatsioonides töötavad sotsiaalvaldkonna spetsialistid, mh teenuse osutajad. Hinnangu andsid inimesed, kes tunnetavad tänu praktilistele valdkonna teadmistele sotsiaalteenuse arendamise vajadusi kogukonna tasandil ja töötades kohalikus omavalitsuses on neil ka võimalus teenuste osutamise protsessi mõjutada. Seepärast võib küsitlusele vastajaid pidada võtmepersoonideks kohalikus omavalitsuses psüühikahäirega inimestele teenuste arendamisel ja osutamisel.

Vastajatel paluti hinnata, kas vaimse tervise häirega/ probleemiga inimesele on olemas piisavalt teenuseid. Tulemused on toodud joonisel 6 ja küsimustik lisas 1. Vastajate hulgas oli 52% neid, kes leidsid, et teenuseid pigem pole piisavalt ja 23% neid, kes hindasid, et teenuseid pole piisavalt. Seega kolmveerand vastajatest leidis, et sihtgrupile ei ole teenused kohalikus omavalitsuses kättesaadavad ja väljendas seega vajadust teenuseid arendada.



N=99

Joonis 6. Hinnang vaimse tervise häirega/ probleemiga inimesele suunatud teenuste kättesaadavusele.

Vastajatelt uuriti, millisele vaimse tervise probleemile ei ole nende kodukohas lahendust või sobivat teenust. Avatud küsimuste vastused 82 inimeselt on kategoriseeritud nii, et ühe vastaja vastus (kui sisaldab loetelu) võib kuuluda mitme kategooria alla. Suurima probleemkohana tõi 71 spetsialisti (87% vastajatest) välja, et kodukoha teenused ei ole piisavalt kättesaadavad, kaheksal juhul tunnistati, et vaimse tervise teenuste toimimisel esinevad kitsaskohad ja viiel juhul hinnati töövõimalusi – puudu on kaitstud/toetatud või avatud tööturu töökohtadest.

Ebapiisavatest teenustest toodi kõige enam välja, et kogukonnas puudub tugisõber või tegevusjuhendaja (9 juhul) ja nende koolitus ei pruugi olla piisav, et tegeleda vaimse tervise probleemidega klientidega. Antud töö kontekstis on oluline, et viiel juhul nimetati, et piirkonnas puuduvad sobivad tugigrupid ja rehabilitatsiooniteenus ja kogemusnõustamine. Samuti toodi vähemalt viiel korral kitsaskohtadena välja, et puuduvad teenused koos elamispiinaga (näiteks erihoolekandeteenus kogukonnas elamine) või toetatud elamise teenus. Leiti, et psühhiaater, vaimse tervise õde ja psühholoogiline nõustamine ei ole kättesaadav, sest puudub vastav spetsialist või on pikad järjekorrad. Puuduvad sobivad teenused kui kombineeritud on psüühikahäire koos sõltuvusprobleemiga. Probleemiks on, et teenuse osutajad asuvad pika vahemaa taga. Toodi välja, et teenuste olemasolu korral on keerukas pakkuda toetust, kuidas isik vajaliku teenuseni jõuab, näiteks esmahaigestumised või kui puudub haiguskriitika ja toetav tugivõrgustik.

Kuigi probleemkohti on mitmeid, näitab küsitluse tulemus, et teenuseid on kohalikul tasandil osutamiseks vaja arendada. Muuhulgas nimetati arendamiskohaks rehabilitatsiooni teenus,

mille hulka kuulub kogemusnõustamine ja mis pole igal pool kättesaadav ja tagasihoidlik on tugigruppide, sh kogemusnõustaja poolt juhitud gruppide olemasolu.

Tartu linna ei ole koolitusel osalejate piirkonnana eraldi välja toodud, sest koolitusel osalejate töö piirkond ei kattunud koolitusele tuleku piirkondadega. 2017. aasta kevadel toimunud arenduskohtumisel Tartu Linnavalitsuses kinnitasid sotsiaalnõunikud, et kogemusnõustamise teenuse arendamine raske psüühikahäirega elavatele inimestele piirkonnas on oodatud ja vajalik. Lisaks toodi välja vajadus peredele ja lähedastele suunatud nõustamiseks, mis võib olla üks edaspidistest arenduseesmärkidest, sest viidati, et Tartu linn toetab mittetulundusühinguid, kelle teenused on hästi disainitud.

Mind-map tehnikat kasutades selgusid teenuse arendusmeeskonna, teenuse osutajate ja lähedaste ootused ja vajadused teenuse arendamiseks (vt tabel 10).

Tabel 10. Mind-map käigus tekkinud ideede kokkuvõte (autori koostatud)

Kategooria	Ideed
Kes? (teenuse osutaja)	<ul style="list-style-type: none"> • kogemusnõustajad • erinevate huvidega sõbrad (nt luule, muusika, tants, reisimine, matkamine jne) • loomadega sõbrad • „hüvedega“ sõbrad, kellel on maakodu, saun, auto jne • kuldsete kätega sõbrad • ettevõtjad • üksikud inimesed, lastega pered • tudengid (tulevane sotsiaaltöötaja, psühhiaater, vaimse tervise õde jne) • muud huvitavad ja erinevate oskustega inimesed
Kellele?	<ul style="list-style-type: none"> • hooldekodust välja liikuvad inimesed • päevakeskuste kliendid • psüühikahäirest taastujad, eraldi noored taastujad • haiglaravi kogemusega inimesed • kaalu langetamise sooviga inimesed
Mida?	<ul style="list-style-type: none"> • transport (nt auto kolimisel) • väikesed koduremondi tööd • kohvikus käimine • koos söögi valmistamine • tegevused koos lastega • ööbimisvõimalus teises linnas, maakodus
Kus?	<ul style="list-style-type: none"> • linnaruumis linnaga tutvumine ja kogukonna tegevused • maal matkamine • interneti keskkond
Miks?	<ul style="list-style-type: none"> • toetus, usaldus, kokkulepped • eneseareng • uued tutvused ja sotsiaalne kuuluvus • hinnangute- ja kriitika vaba • praktiline toetus igapäevatoimingutes.

Mõeldi loovalt, mida psüühikahäirega klient uues elukohas kohanemiseks vajada võib. Eristus kaks suunda. Esiteks teenus tekib ühise huvi põhjalt. Näiteks on ühendavaks muusika huvi või mõni hobi. Impulsi võib anda ka heatahtlik soov aidata, näiteks lubab inimene oma sauna kasutada. Teiseks võimaluseks teenuse pakkumisel nähti elukogemuse jagamist. Oli juttu psüühilise erivajadusega inimese toetamisest või haiglaravil viibimise kogemuse jagamist. Autori arvates ühendab mõlemaid lähenemisi see, et grupid moodustuvad sarnasuste (huvi või elukogemus) alusel ja on suunatud toe pakkumisele erinevates elu praktilistes ja emotsionaalsetes olukordades ning kogukonnas uute tutvuste loomisele, seepärast on tulemused koondatud ühtsesse tabelisse 10.

Intervjuu tulemusel eksperdiga selgus, et praegusel ajal, kui Eestis on erihoolekande reform riiklikult läbi mõeldud, käimas on nn. „deinstitutionaliseerimise teine laine“, on teenuste ülevaatamine kvaliteediringi loomulik osa. Intervjueeritav väljendas, et teenuse arendamine kõige kaasaegsematele suundadele toetudes on väljakutse, samas selles protsessis on ka õige aeg kogemusnõustamise teenuse ülevaatamiseks ja arendamiseks. Autor nõustub, et riiklik teenuste süsteemi ülevaatamine käib käsikäes sellega, et ka teenuse osutajal on võimalus teenused üle vaadata, et ootustele veelgi paremini vastata.

Rehabilitatsiooni teenuse puhul saab vaadata kahte suunda. Intervjueeritav selgitab: „*Esimene rehabilitatsiooniteenuse suund on kõikehõlmavam, et inimene saaks paremini hakkama enda poolt valitud keskkondades ja rollides. Teine, rehabilitatsiooniteenus kitsamalt, on selge alguse ja lõpuga protsess, mis peaks kaasa andma oskusi ja kujundama keskkonda, et inimene enda valitud rollides ja keskkondades võimalikult õnnelikult hakkama saaks.*“. Samuti selgus intervjuust, et rahastaja (antud juhul Sotsiaalkindlustusamet) kirjeldab rehabilitatsiooniteenuse üldisel tasemel ja teenuse osutaja roll on teenuse sisu sihtgrupipõhiselt luua. Intervjueeritav kirjeldab, et kõnealune sihtgrupp on keeruline: „*Meie klient on tervishoiu teenuste vaatest psüühiaatiline patsient ja hoolekande vaatenurgast psüühilise erivajadusega täiskasvanud inimene ja veel täpsemalt pikki aastaid hoolekandenasutuses hooldusteenusel elanud inimene. Hästi päevakajaline, innovatiivne ja asjakohane on minna sügavamale kui seadusandlik raamistik, nõuded ja soovitusel ette annab.* Intervjuus kõlas, et erihoolekande reformi ja sealhulgas deinstitutionaliseerimise loomulik osa on rääkida kodanikuks olemisest ja kaasatusest: „*Psüühikahäirega elavate inimeste uutesse kogukondadesse sulandumist, nende taastumist ja motivatsiooni toetab võimalikult tavapärane elukorraldus, väljaspool hoolekandenasutusi, oma kogukonnas. [...]*

Oleme Heaolu ja Taastumise Koolis teinud strateegilise otsuse tulla Eestile appi deinstitutsionaliseerimise protsesse ellu viima“. Seega on organisatsioonil strateegia ellu viimiseks oluline pakkuda heal tasemel teenust. Samas on see seotud uudse olukorraga. Intervjuus kõlas: „... kliendi toetamine, kellel on selja taga hoolekandeesutuses elamise kogemus on teenust osutava meeskonna jaoks uudne olukord, piltlikult öeldes on keskkonnatingimused muutunud – klientide uues elupaigas tuleb toetus tagada.“ Samas on uutmoodi teenuse osutamine ka kogemusnõustajate kuulumine rehabilitatsioonimeeskonda. Intervjueeritav leiab, et „kogemusteadmise integreerimine professionaalse teadmisega on tasakaalustav trend ja annab häid tulemusi. Kogemusnõustajad on suur seni alakasutatud tööjõu ressurss.“

Intervjuu põhjal selgub teenuse osutaja vajadus disainida psüühikahäirega elavatele inimestele uudne teenus, millel on järgmised neli omadust. Esiteks on ootus, et teenus ja täpsemalt kogemusnõustaja pakuks kliendile inimlikku tuge. Intervjueeritav ütleb: „*Kui mõelda klientide peale, kes on tulnud Tartusse suurtest hoolekandeesutustest. See on suur pealesunnitud muutus inimeste jaoks. Tulla maa piirkonnast Tartusse elama... ja puht inimlikult igasugused elukoha muutused, nendega tulevad paremini toime need inimesed, kellel on võtta inimlikku tuge. [...] Kogemussõber saab päris elu keskkonnas inimesega teha olulisemaid asju, et inimene saaks kohaneda ja elada õnnelikult, olla ühiskonna liige.*“ Hilisemas teenuse kirjelduses peaks seega sisalduma kogemusnõustamise fenomen anda lootust, olla eeskujuks, kuid ka õpetada oskusi, mis on rehabilitatsiooniteenuse nõue, ja võtta osa linna ja kogukonna tegemistest. Autori arvates saab ka tuua paralleeli inimliku toe ja heaolu mõiste vahele, mis on seotud personaalse taastumise ja selle subjektiivsete mõõdikutega.

Teiseks kerkis esile soov olla arusaadav rehabilitatsiooni ringkonnas, sealhulgas rahastajale. Selleks on ootus mõelda disaini protsessi käigus selgelt läbi tööjaotus, kirjeldada selge alguse ja lõpuga programm ja selle oodatavad tulemused. Selgus, et personalitöö vaatenurgast on kogemusnõustaja meeskonnas ja koostöövõrgustikes kolleegide koolitaja ja nõuandja. Kogemusnõustaja kaasamine on tervendava töökultuuri loomise võimalus. Intervjuust ilmnas, et kui rehabilitatsioonimeeskond nõustab koos kogemusnõustajaga, on valdkondadeülestes võrgustikes (tervishoid, hoolekanne, kohalik omavalitsus, haridus, tööhõive) müüte kergem kummutada ja sildistamist vältida.

Kolmas ootus on aidata kaasa kogukonna paremale toimimisele ja sallivusele. Kogukonna koolitamise viisiks pakub intervjueeritav välja liikuda tavapäraest kohtades linnaruumis ja

aidata seeläbi tartlastel mõista uusi linnaelanikke. Intervjueeritav usub, et „*kui need maalt linna tulnud inimesed ja pikka aega hooldekodus elanud inimesed niiviisi kogemussõbraga kahekesi mööda linna kõnnivad, raamatukogus käivad, poes ja teatris, kultuuri naudivad, siis see ilmselt on loomulik deinstitutionaliseerimise protsesside toetamise võimalus. Ja vahel ka arusaamatusi aitavad koos lahendada.*“

Neljas punkt on majanduslik mõju ehk mida paremini inimesed kogukonnas kohanevad, tööturule sisenevad, makse maksavad, seda väiksem on professionaalse toetuse vajadus. Intervjueeritav toob välja, et „*kui inimene on rahul ja õnnelikum oma keskkonnas, siis on lootust, et kroonilised haigused ägenevad vähem, mis tähendab, et on vähem vaja kalleid tervishoiu teenuseid.* See rõhutab nii füüsilise kui sotsiaalse keskkonna olulisust, kus inimene elab ja töötab, samuti vaba aega veedab. Autor leiab, et oskuste õpe linnaruumis ja rehabilitatsioonimeeskonna mudel, kus kutselised ja kogemusnõustajad töötavad koostöös on lähenemised, mis rikastavad sotsiaalhoolekannet, sealhulgas rehabilitatsiooni teenuse osutamist.

Järgmine info kogumise viis, vaatlus võimaldas õppida tundma deinstitutionaliseerimise protsessis olevaid kliente, nende elu- ja teenuse osutamise keskkonda. Esimesel vaatluspäeval kogunesid seitse klienti esimeseks rühmakorraks Õpetaja tänaval. Tutvumise käigus kogutud klientide taustaandmed on toodud tabelis 11. Ootuspäraselt selgus, et klientide lähivõrgustik on habras, pereliikmetega suheldakse pigem harva. Samuti väljendasid kliendid, et sõbrad ja tuttavad, kes neil olid hoolekandenasutuses, on kolimise käigus maha jäänud või mujale Eesti piirkonda kolinud ja need kontaktid on katkenud. Et klientide suhtlusvõrgustiku moodustavad nendega tegelevad spetsialistid ja hoolekandenasutuste elanikud, tuleneb asjaolust, et need inimesed on aastakümneid hoolekandenasutuses elanud. Rühma liikmetest kõige lühema hoolekandenasutuses elamise kogemusega on seal seitse aastat viibinud meesterahvas. Kliendid töötavad väikese koormusega kaitstud töö ja Töötukassa kaudu tööpraktikal. Avatud tööturu lihttöödel töötavad kaks klienti, üks laotööline-koristajana ja teine trepikodade koristajana. Esimesel rühmakorral väljendasid osalesid oma soove edaspidisteks kohtumisteks üldisel tasemel, näiteks õppida juurde uusi asju, harjuda uue elukohaga, käia korralikult töö. Vajaduse kaardistus jätkus järgmistel kohtumistel sotsiaaltöötaja eestvedamisel.

Tabel 11. Tartu tugigrupis osalejate ülevaade esimeselt grupikohtumiselt (autori koostatud I.Obzinis 28.02.2017 kirjaliku teate põhjal)

Sugu ja vanus	Lähedased	Praegune töökoht	Kui kaua, kus hooldekodus	Hooldekodu eelne elukoht*
Mees, 54 a.	Õde – suhtleb vähe, Õde – suhtleb vahel	Kojamees 10 x 2 t kuus	14 a. Kodijärve	Vald
Naine, 65 a.	Õde (Tartu) – suhtleb vahel	Trepikodade koristaja	30 a. Võisiku	Linn
Naine, 45 a.	Vend, ei tea temast midagi	-	2,5 a. Võisiku Enne seda erinevad hooldekodud (Valkla, Koluvere, Erastvere, Kernu ...)	Lastekodu, eriinternaatkool
Mees, 49 a.	Vend – ei suhtle	Suur kaubanduskett laotööline, koristaja 2 t päevas	11 a. Võisiku	Linn
Mees, 48 a.	Ema – suhtleb kõige rohkem. 2 õde – suhtleb vähem	Heakorratööd linnas 4 t päevas (Töötukassa)	5 a. Võisiku 2 a. Erastvere	Küla
Mees, 59 a.	Vanemad, õde, 2 venda – suhtleb vähe	Heakorratööd linnas 4 t päevas (Töötukassa)	3 a. Võisiku 15 a. Valkla	Erinevad talud Eestis (sulane)
Naine, 64 a.	Õde – suhtleb	-	3 a. Võisiku 30-40.a. Valkla	Linn

* Asulate nimesid ei ole esitatud, et tagada respondentide anonüümsus.

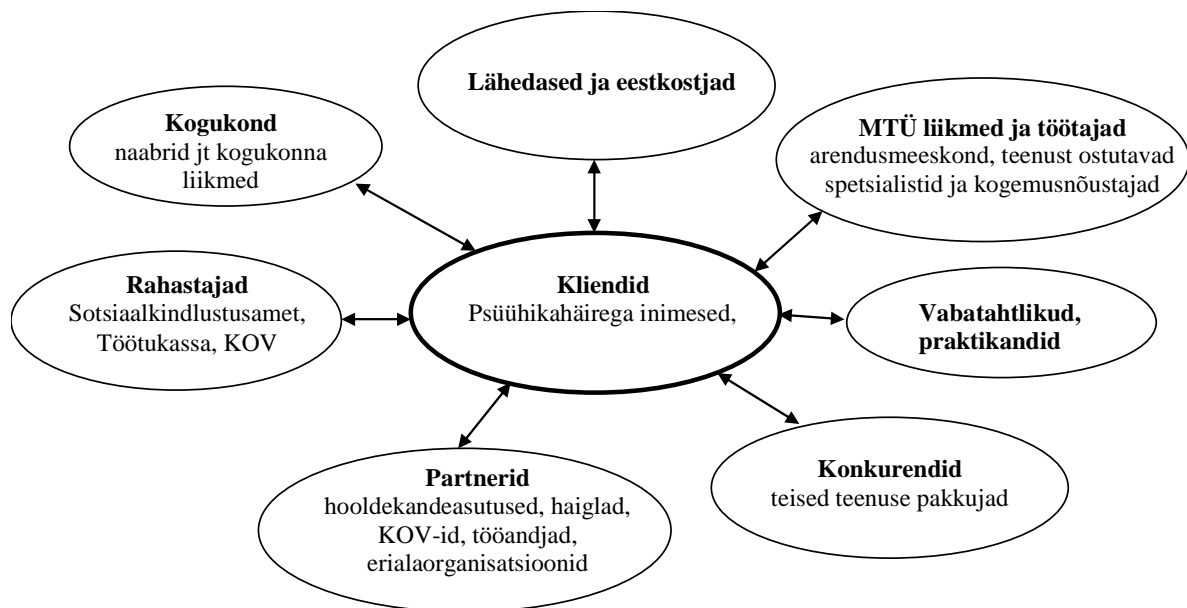
Klientide kahe kodu külastused toimusid koos rehabilitatsioonimeeskonna metoodiku ja sotsiaaltöötajaga, kes vestluste käigus klientidega ja erihoolekande tegevusjuhendajatega andsid vahehindangu rehabilitatsiooniteenusele. Nii oli autoril teenuse arendamiseks võimalik vaatluspäeva vestluse põhjal, kombineerides seda dokumendianalüüsi tulemustega, hinnata klientide sotsiaalset aktiivsust. Ühe kliendi vanaema oli teda samal ajal külastamas, nii oli võimalik kuulda ka pereliikme arvamust. Kliendid elavad neljatoalistes Annelinna korterites. Igal kliendil on oma tuba, ühine on elutuba ja köök. Paar klienti, kes on varem Tartus elanud, oskavad kindlatesse kohtadesse linnas liikuda.

Autor võtab kokku hinnangu klientide sotsiaalsele aktiivsusele. Klientide päevades on nii rutiinsed kui töö- ja vaba aja tegevused. Mitte töötavate klientide päevade keskmises on vaba aja sisustamine jõukohaselt ja huvidele vastavalt nii kodus kui väljaspool kodu: linna raamatukogust raamatute laenutamine ja lugemine, televiisori vaatamine, oma toas raadio kuulamine (mõnikord koos sõbraga/ sõbrannaga), jalutamine ja puhkamine. Enamus aega veedetakse kodus, siiski igavust kliendid enamasti ei väljenda. Nad on kaasatud ühis-

tegevustesse koos teiste kogukonnas elamise klientidega. Vaba aeg on siiski veedetud peamiselt üksinda ning seetõttu oleks hea mitmekesistada vaba aja veetmise viise ja suurendada kontakte teiste sarnase mõttemaailmaga inimestega. Füüsiline aktiivsus on madal. Mõned kliendid väljendasid soovi tunda end (kogukonnas) kasulikuna. Huvitatud ollakse Tartu linna tunda õppimisest: kesklinn, vaatamisväärsused, kuid ka suuremad kaubanduskeskused.

Ametiasutustest külastatakse Töötukassat, vajadusel perearsti, samuti käiakse poes. Vajadusel saabab kliente tegevusjuhendaja. Kodused majapidamistööd on jaotatud. Igapäev on vastutus hoida korras oma tuba. Iseseisvamalt toime tulevad kliendid on võtnud enda kanda enam kohustusi, näiteks toidu valmistamise. Klientide majanduslik olukord on väga tagasihoidlik, eriti neil, kes ei tööta. Kui elamiskuludega seotud kulutused maha arvata, on kuu taskuraha umbes 40 eurot kuus. See on üks asjaolu, mida edaspidi tegevuste planeerimisel arvestada.

Huvirühmade kaardi koostamise tulemusel saadi ülevaade teenusega seotud osapooltest ja nende huvidest teenuse arendamisel ja hilisemal osutamisel. Kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse huvigrupid on kliendid ehk vaimse tervise probleemidest taastujad ja nende pered, lähedased ning eestkostjad, mittetulundusühingu liikmed, töötajad, vabatahtlikud ja praktikandid, partnerid ja konkurendid, teenuste rahastajad ning laiemalt erinevad ühiskonna huvirühmad, sest neil on mõju klientidele ja seega kaudselt ka teenuse osutamisele. Huvigrupid on toodud alljärgneval joonisel 7, mis näitab nende ja teenuse osutamisega seotud huvisid.



Joonis 7. Kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse huvigrupid (autori koostatud)

Kliendid on psüühikahäirega inimesed, kes taastuvad vaimse tervise probleemidest. Nende huvi on rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavus, nõustamisteenuse, sh kogemusnõustamise saamine, võimetekohane toimetulek oma eluga, ettevalmistus tööturule sisenemiseks, elujärje parandamine, toetuse lõksust pääsemine ja kogukonda kaasatus. Mittetulundusühingu liikmete ja töötajate huvi on teenuse arendamine ja stabiilsuse tagamine. Teenust osutavad spetsialistid soovivad piisavat töökoormust ja mugavaid töötingimusi. Kogemusnõustajad seda sama, lisaks enda uue kutse arendamist rehabilitatsiooniteenuse osutamisel koostöös teiste vaimse tervise spetsialistidega.

Partnerite ring on lai, sest raske psüühikahäirega kliendi ümber on lai teenuste võrgustik. Haiglad toetavad kliente psühhosotsiaalselt haiglaravil ja peale seda. Kohalikud omavalitsused võivad olla kliendile eestkostjaks, nende huvi on teenuseosutajate võrgustiku olemasolu, hea elukeskkond ja sidus kogukond. Hoolekandetasutused (näiteks AS Hoolekandeteenused) toetavad kliente hoolekandetasutusest tavaellu. Erialaorganisatsioonide ning taastujate ja nende perede esindusorganisatsioonid (näiteks Kogemusnõustajate Koda, Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon, Puuetega Inimeste Koda) huvid on võrgustikutöö, huvikaitse ja taastujate kogukonda kaasamine. Partnerid ja teenuse rahastajad on Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet ja Töötukassa, kelle huvid on ajaliselt ja regionaalselt kättesaadav ning kvaliteetne rehabilitatsiooniteenus ning ka rahastuse eesmärkide ja nõuete järgimine. Kui teenust rahastab kohalik omavalitsus, on see ka tema huvi. Töötukassa huvi on madal tööpuuduse määr riskigruppide hulgas ja motiveeritud töötajad. Tööandjad soovivad motiveeritud ja väikese juhendamise vajadusega töötav töötajaid. Konkurentidena on käsitletavat teised rehabilitatsiooni keskused ja vaimse tervise teenuste pakkujad (nii mittetulundusühingud kui erasektor) teenuste pakumise tõttu samale sihtgrupile ja samade sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna spetsialistide kaasamise tulemusel. Vabatahtlikud ja praktikandid huvituvad valdkonnast ja uutest teadmistest ja praktilise kogemuse omandamisest. Kogukond soovib heanaaberlikke suhteid ja teadlikkust vaimse tervise temaatikast.

Kliendi tundmaõppimise järel oli võimalik koostada klientide segmendid, et tekiks koondülevaade erineva toetusastmega klientide eelistustest ja vajadustest. Selleks võeti aluseks taastumise protsessi astmed stabilisatsioon, kohanemine ja reintegratsioon. Tulemused on toodud tabelis 12.

Tabel 12. Kliendisegmendid taastumise astmete alusel

	Tasakaalustuv klient	Kohanev klient	Lõimuv klient
Eelistused	<ul style="list-style-type: none"> - vaatab sisemaailma - kriisist ja kaotusest ei räägi - segaduse ja ärevuse vähendamine 	<ul style="list-style-type: none"> - vaatab nii sisemaailma kui väljapoole - uurib haiguse tähendust - eitab või osaliselt aktsepteerib haigust – töötab kogemust läbi - otsib uut identiteeti ja tähendust 	<ul style="list-style-type: none"> - vaatab rohkem väljapoole - tunnistab haigust - taastab sotsiaalsed rollid, tähendusrikkad tegevused ja suhted - vaatab elulugu üle, eneseareng - toetatud vaba aeg ja meelelahutus tasakaaluks tööelule
Vajadused	<ul style="list-style-type: none"> - sümptomite kontroll - kannatuste ja ärevuse vähendamine - haavatavuse mõistmine - baasturvalisus - aktiivne kohalolu - toetus võrgustiku kaudu 	<ul style="list-style-type: none"> - toimetulek depressiivsete tunnetega - taastumismõtteviisi õpe - eluloo ülevaatamine, võimalusel koos võrgustikuga - elu- ja enese eest hoolitsemise valdkonna, rahaasjade korrastamine - raviplaani sünkroniseerimine igapäevaelu eesmärkidega - sarnaste toetus 	<ul style="list-style-type: none"> - kriisi ja kaotuse tähenduse mõistmine - teraapia - sarnaste toetus - (suhtlemis)oskuste arendamine - ressursside loomine ja tugevdamine: toetav keskkond, suhted
Toetus-strateegia	baasturvalisus ja kohalolu, võrgustiku ja lähedaste kaudu toetamine	sotsiaalne rehabilitatsioon	sotsiaalne rehabilitatsioon töölaline rehabilitatsioon

Allikas: Autori koostatud K.Mäe 20.03.2017 suulise teate ja (Hollander & Wilken, Supporting Recovery and Inclusion. Working with the CARE model, 2015, lk 27-30), (Hollander & Wilken, Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil, 2015, lk 33-41) põhjal.


Klientide segmenteerimine aitab klienditöös hinnata toetusvajadust. Kuna taastumise protsess pole lineaarne ja kolm taastumise astet pole rangelt lahus ehk ühe elemendid võivad esineda ka teistes, siis ei kuulu ükski klient järgalt ühtegi faasi. Näiteks kõlas meeskonna arutelus väljend, et „*klient on kahe faasi vahepeal, kolmanda faasi poole teel*“. Haiguse ägenedes võib lõimuv klient olla taas stabilisatsiooni faasis. Stabiliseerumise faasis olev inimene näeb vaeva sellega, et mõista, mis juhtus ja milline on tema haavatavus. Kuigi ta võib olla sotsiaalsüsteemi spetsialistide meeskonna vaateväljas, saab tagada vaid tema baasturvalisuse. Tema taastumist toetavat võrgustikku juhib raviarst (tervishoiu süsteem), kes annab rehabilitatsioonimeeskonnale juhised ja sellepärast ei ole see tüüpiklient edaspidi analüüsi kaasatud.

Info kogumise etapist sujuvat üleminekut analüüsi etappi tähistas strateegiliste eesmärkide seadmine kliendi segmentide kaupa. Sobiv toetusstrateegia kohanevale kliendile on sotsiaalne

rehabilitatsioon, sest see võimaldab vajalikku taastumise mõtteviisi õpet ja eluloo ülevaatamist ning elu korrastamist. Reintegratsiooni faasis olevad kliendid taastavad oma sotsiaalseid rolle, tähendusrikkad tegevusi ja suhteid, seda ka töö valdkonnas. Lõimuva kliendi toetusstrateegia võib toetuda sotsiaalsele rehabilitatsioonile või ka tööalasele rehabilitatsioonile kui klient taastab tööelu rolle või vajab toetust nende säilitamiseks. Töö autor arvates on see terviklik lähenemine, sest võimaldab arendada teenust nii sotsiaalse kui tööalase rehabilitatsiooni teenuse kliendile.

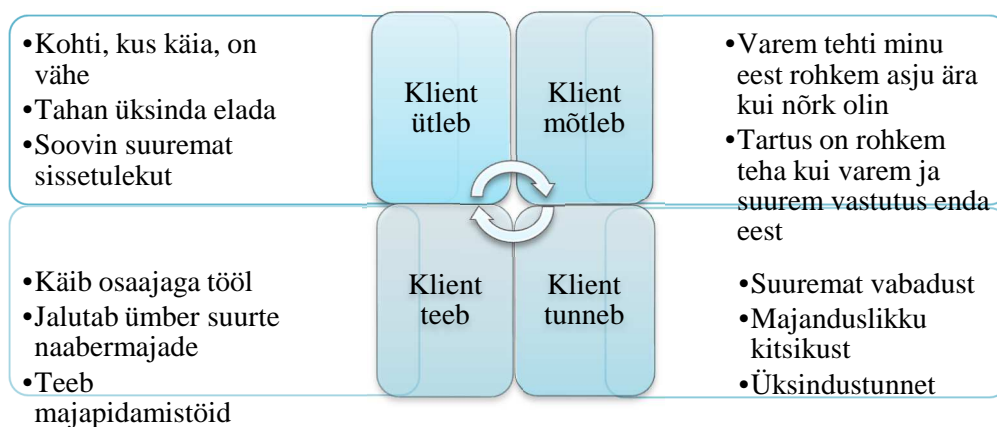
Ideede määratlemise etapis sündis meeskonna ajurünnaku tulemusel kolm tüüpkliendi portreed ehk persoonat: „lõimuv klient“ Maria, „kohanev klient“ Peep ning tüüpklient Piia, kelle teenustega seostamine on keeruline. Varasemast ekspertintervjuust selgus, et Heaolu ja Taastumise Kooli strateegiline eesmärk on seotud deinstitutionaliseerimise protsessis osalevate klientide toetamisega. Seepärast jätkati teenuse disainiga just sellele kliendigrupile mõeldes. Tüüpkliendi „Peep“ kirjeldus on toodud tabelis 13.

Tabel 13. Persoon „kohanev klient“ Peep

 <p>PEEP</p> <p>Moto: Kuidas lükkad, nõnda läheb iseseisva elu poole.</p>			
Vanus: Töökoht: Haridus: Elukoht:	42 Heakorratööd, Töötukassa Põhiharidus Tartu (6 kuud), varem 10a hooldekodus	Omadused:	Rõõmsameelne, positiivse ellusuhtumisega, tasakaalukas, rahulik, kergesti sõbrunev (st mh et harjunud tegema, mis kästud)
Perekonnaseis ja lähisuhted:	- Vallaline (varasema kooselu kogemusega) - Lähisugulastega suhted katkenud	Praegused teenused:	Erihoolekande kogukonnateenus Sotsiaalne rehabilitatsioon
Meeldib:	- Lugemine - Kultuur - Looduses viibimine - Väljas jalutamine - Loomad (elevandist kassini)	Ei meeldi:	- Vähesed töövõimalused - Napid rahalised vahendid ja et ei saa rahaga iseseisvalt hakkama (on tegevusjuhendaja käes) - Kurbus, mis tekib kuuldes kellegi õnnelikust perest
Eesmärgid:	Naeratama panevad väikesed edusammud, hea ja lihtne toit, jalutuskäigud linnas ja looduses, raamatukogus käimine ja raamatu tähtaegade pikendamine. Sooviks üht head sõpra, keda usaldada Olla iseseisvam Omada telefoni Suurem töötasu (praegu stipendium 40 eur/kuus).		

Peep on suure toetusvajadusega, psüühilise erivajadusega ja hoolekandeesutuses elamise kogemusega. Tal on skisofreenia diagnoos ja ta asub hoolekandeesutusest elama uude kogukonda. Teised persoonad on leitavad lisast 3.

Empaatia kaardi koostamine (vt joonis 8) võimaldas kliendi tunnetest lähtuvalt kujundada kliendi teekond. Empaatiakaardil on kujutatud kliendi elumuutus, kolimine Tartusse ja sellega seotud plussid ja miinused. Klient väljendab soovi erinevate tegevusvõimaluste laiendamiseks.



Joonis 8. Empaaria kaart psüühikahäirega kliendi kohta (autori koostatud grupitöö dokumentide analüüsi põhjal)

Klientide sotsiaalse aktiivsuse kirjelduse alusel info kogumise etapist saab järeldada, et tulevikuvisiooni loomise hulka võiks kuuluda eneseteadlikkuse arendamine ja vaba aja tegevuste mitmekesistamine, et tasakaalustada töö- ja puhkeajaga. Kui klient leiab mõtestatud töötegevuse, pakub see ka võimaluse sotsialiseeruda sarnase mõttemaailmaga inimestega ja luua tähendusrikkaid suhteid – nii sõprussidemete sõlmimine kui ka professionaalsed kontaktid. Sotsiaalsete oskuste ja iseseisva elu õpet saab toetada kogemusnõustajaga arutelud ja ühistegevused.

Klienditeekonna koostamine on võimaldas hinnata klientide toiminguid, kogemust ja vajadusi teenusel oleku jooksul. Kliendi toimingud ja temaga kokkupuutekohad ning teenuse osutaja protsessid on toodud lisas 4 Klienditeekond ja lisas 5 Teenuse plaan. Vajaduse märkaja võib olla lähedane, eestkostja või erihoolekande tegevusjuhendaja, kellega koos tehakse rehabilitatsiooni taotlus Sotsiaalkindlustusametile. Klient jõuab teenusele peale seda kui

Sotsiaalkindlustusamet hindab teenuse vajalikkuse rehabilitatsiooniplaani või tegevuskava alusel. Teavitust jõuab kliendi poolt valitud kontaktandmetele ja tavapäraselt tegevusjuhendaja teavitab sellest teenuse osutajat. See on alguspunkt teenuse osutaja jaoks. Teenuse osutaja edastab kliendile kutse, mis on kirjalik voldik ja ka video, sest kõik kliendid ei loe latusalt. Esimesel kohtumisel sõlmitakse kliendiga ja teenuse osutaja vahel kliendileping, mille lisas on kliendi õiguste harta. Teenuse kasutamine raames toimuvad grupikorrad (osaleb kogu grupp) ja tegevused väikerühmades, mis moodustuvad ühiste soovide ja huvide alusel. Teenuselt lahkumine või teenuse vahetamine on hinnatud nii rehabilitatsioonimeeskonna vajaduse kui kliendi enesehindamise alusel ja vajadusel valmib koos võrgustikuga, sh eestkostjaga.

Grupikorrad viivad läbi sotsiaaltöötaja koos kogemusnõustajaga. Kogemusnõustaja vastutus grupikordade läbi viimise eest järjest suureneb, ta viib läbi lühiloengud ja harjutused. Huvipõhiseid tegevusi väikerühmades veavad eest kogemusnõustajad. Grupikorrad on kaks korda kuus, linnaruumis on ühistegevus kogu grupile ja peale seda jätkuvad huvipõhised väikerühmad korra kuus. Kogemusnõustajad töötavad turvaliselt tööpaaridena.

Teenuse arendusetapis ilmnunud tugevused ja nõrkused võtab kokku SWOT meetodil koostatud riskianalüüs (tabel 14). Peamine tugevus seisneb meeskonna missioonitundes ja nii kutselised kui kogemusnõustajad on heade oskuste ja eelteadmistega. Samas on ohukohaks, et kogemusnõustajad on ühtse meeskonnana vähe aega tegutsenud ja sellele tuleb meeskonna arendamisel ja koolitamisel tähelepanu pöörata. Tugevuseks on ka kliendisegmendi vajaduste hea tundmine tänu meeskonna pikale rehabilitatsioonitöö kogemusele. Ka partnerite koostöövõrgustikku võib tugevaks hinnata, sest toimib võrgustikutöö psühhiaatriakliinikutega ja erihoolekandeteenuse osutajatega (AS Hoolekandeteenused). Nõrkusena saab välja tuua ebapiisava riigi poolse rahastuse teenuse osutamiseks kogukonna tasandil ja seni vähelevinud rahastuse kohalike omavalitsuste poolt. Oluliseks välispidise ohu kohaks on, et poliitiline ja ühiskondlik toetus väheneb koos muutustega erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste süsteemis. Muutustega kursis olemiseks on võimalus osaleda töögruppides Sotsiaalkindlustusameti, Sotsiaalministeeriumi ja Töötukassa juures teenuste arendamiseks. Edasisene suurem arenguvõimalus on arendada koostööd Töötukassaga puuetega inimest tööle saamise võimaldamiseks tööalase rehabilitatsiooniteenuse arendamiseks.

Tabel 14. Kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse riskide analüüs SWOT meetodil (autori koostatud)

Tugevused	Nõrkused
<ul style="list-style-type: none"> • missioonitundega ja heade teadmiste ja oskustega töötajad • kogemusnõustajate kaasamine planeerimisel • raske psüühikahäirega kliendisegmendi vajaduste hea tundmine (kogemused, koostöövõrgustik) • tugevad koostööpartnerid: hoolekandetasutused, sh AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad, haiglad, erialaorganisatsioonid • teenuse osutamisel lähtumine ühtsest CARE rehabilitatsiooni metoodikast ja UCLA tõenduspõhistest oskusõppe moodulitest • järjepidev tööjuhendamine, supervisioon ja kovichioon 	<ul style="list-style-type: none"> • visioon on olemas, kuid puudub põhjalik praktika arendatava teenuse osutamiseks • vähe aega tegutsenud kogemusnõustajate meeskond • vähene süstemaatiline turundustegevus • naistöötajate ülekaal • vabatahtlike vähesus
Võimalused	Ohud
<ul style="list-style-type: none"> • rohkelt vaimse tervise probleemidest taastujaid ehk potentsiaalseid kliente (ka lisaks deinstitutionaliseerimise klientidele) • riigi toetus puuetega inimeste tööle saamise võimaldamiseks (Töötukassaga koostöö) • tömbekeskustes tugeva vundamendi loomine ja konkurentsieelise välja kujundamine • võimalus arendada teenuseid erinevate rahastajate nõuetele vastavalt • võimalus osaleda töögruppides Sotsiaalkindlustusameti, Sotsiaalministeeriumi ja Töötukassa juures teenuste arendamiseks 	<ul style="list-style-type: none"> • poliitilise, majandusliku, ühiskondliku olukorra muutumine maailmas ja regioonis • poliitiline ja ühiskondlik toetus väheneb, muutused erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuste süsteemis • ebastabiilsed partnerid • ebapiisav riiklik rahastus (Sotsiaalkindlustusamet) kogukonnapõhise töö ja teenuse arenduse jaoks • vähe rahastamisallikaid – KOV rahastus vähe levinud – pole võimalik pikalt ette planeerida • suur konkurents rahastuse saamiseks • rehabilitatsiooni mahu vähenemine, madal hind • klientide hinnatundlikkus (ühistegevuste omaosalus)

Järgnevalt on kirjeldatud eelarve (vt lisa 9) ja finantsproгноosina esitatakse kasumiaruande ennustused (vt tabel 15). Eelarve on koostatud kolme majandusaasta 2018-2020 kohta. Koostamise aluseks on klientide arv, mis on 2018. aastal arvestatud 10 ning järgmisel kahel aastal suurem, 12 klienti. Grupikordi on ühe aasta jooksul 24 (toimuvad kaks korda kuus). Ühistegevusi tervele grupile korraga on arvestatud neli aasta jooksul. Huvipõhised väikerühmad kohtuvad üks kord kuus (kokku 12 aastat). Palgakulu on 2018. aastal kõigi tegevuste peale kokku 16 100 eurot. Tegevustega kaasnevad kulud nii administratiivsete tegevustega seoses (rühmaruum, infomaterjalid, tehniline tugi, kontoritarbed jmt) kui ka huvipõhise tegevuse läbiviimisega (näiteks sissepääs muuseumisse). Need kulud on 2018. aastal kokku 3350 eurot. Supervisioonid ja koolitused on planeeritud iga aasta korra kuus,

kulu kokku 2400 eurot. Teenuse osutamise kulud on 2018. aastal kokku 21 850 eurot. Kulud kaetakse tegevustoetusest, riikliku rehabilitatsiooniteenuse hinnakirja alusel. Kahel järgmisel aastal on planeeritud müügitulu, mis tuleneb kogemusnõustajate töötoa läbiviimise eest kogukonnale.

Tabel 15. Kasumi prognoos

KASUMI PROGNOOS	2018	2019E	2020E
Müügitulu	0	200	220
Tegevustoetus	21,850	25,743	25,743
Teenuste osutamise kulud	21,850	25,843	25,843
Brutokasum	0	100	120
Kasum	0	100	120
EBIT	0	100	120
Intress	0	0	0
EBT = Kasum / kahjum	0	100	120
Akumuleeritud kasum	0	100	220
Müügitulu laekumisperiood	14	14	14
Müügitulu laekub samas per-s	18,451	21,907	21,924
Müügitulu laekub järgm. per-s	3,399	4,036	4,039
Otsekulude tasumisperiood	20	20	20
Otsekulud tasut. samas per-s	16,994	20,100	20,100
Otsekulud tasut. järgm. per-s	4,856	5,743	5,743

Kliendid hindasid, kuidas teenus on mõjutanud isiklikku taastumist ja tegevusvõimet SAMET hindamisraamistiku alusel (lisa 7 küsimustik). Vaadeldavad tunnised olid staatus, oskus ennast aidata, motivatsioon, eneseteadlikkus ning teadmised enda ja kogukonna tugevustest ja ressurssidest. Tabelist 16 selgub, et keskmine hinnang on kahe aasta võrdluses paranenud. Kõige enam (keskmiselt 1.4 punkti) on tõusnud hinnang staatusele. Võrdlusena on esitatud meeskonna hinnang hoolekandetasutusest kolinud kliendile ja see on madalam võrreldes klientide omaga.

Arvestama peab asjaoluga, et hinnatav grupp on väike ja seetõttu mõjutab ühe grupiliikme hinnang keskmist suurel määral. Tõepärasema tulemuse annaks kui viia läbi iga kliendiga süvaintervjuu. Siiski hinnatavaid komponente üldistades võib enamuse klientide puhul öelda, et nende staatus on paranenud: olemas on toetus professionaalidelt ja teistelt tuge pakkuvatelt inimestelt, näiteks teistelt taastujatelt või lähedastelt. Loodud on uusi suhteid või suhteid hoitud, kogetud on kogukonnaga seotust (nt ühistegevused linnaruumis). Oma elu

ülesehitamisel on pidepunktid ja eesmärgid. Tegutsetakse elukvaliteedi parandamiseks (baasilised vajadused, töö, vaba aja tegevused).

Tabel 16. Keskmine enesehindamise tulemus 2017-2018 (autori koostatud)

	2017 kliendid	2018 kliendid	Vahe 2018- 2017	2018 töötajad
Staatus	2.8	4.2	1.4	2.5
Abi	3.0	3.6	0.6	3
Motivatsioon	4.4	3.8	-0.6	3
Eneseteadlikkus	3.0	3.2	0.2	2
Tugevused	3.8	4.4	0.6	2.5
	N=6	N=5		N=9

On olemas motivatsioon muutuda, lootus ja optimism tuleviku suhtes. Lootust andvatest rolli eeskujudest nimetatakse kogemusnõustajat. Enamasti usutakse, et taastumine on võimalik, omatakse unistusi ja soove ja teatakse mõnda enda tugevust. Samas huvitav on, et motivatsiooni keskmine hinnang on teenuse osutamise aasta järel langenud. Autor usub, et kõrgemat motivatsiooni vahetult peale kolimist võib tõlgendada seoses uue alguse tundega. Poolteist aastat peale kolimist ei pruugi esialgu loodetud muutused nii kiired olla või kättesaadavad. Siiski üldiselt on toimetulekuoskused oluliselt paranenud. Tehakse järjest enam valikuid ja võetakse positiivseid riske.

Kliendid teevad ettepanekuid ühistegevusteks: jalutuskäigud linnas, mõnepäevased väljasõidud mõnele Eesti saarele, muusika ja kinoelamused.

Kogemusnõustajad andsid tagasiside teenuse arendamiseks fookusgrupis. Pikalt hoolekandeesutuses olnud inimesed vajavad kogemusnõustajate hinnangul toetust hakkamasaamisel elu muutustega peale harjumuspärasest keskkonnast ära toomist, taastumise mõtteviisi õpet, sest igaüks saab olla oma elu ekspert, mõtestatud aja sisustamist ning lihtsat inimlikku suhtlemist ja suhtevõrgustikku. Üks kogemusnõustajatest toob näite: „*sõbrapäeva kaarte tehes ütles keegi, et tegevusjuhendaja on tema sõber. Kuid on ta siis sõber või sõbralik inimene? Mina ju ei ole klientidega sõber. Oleme siiski kogemusnõustajatena piirid säilitanud, ma arvan, et edukalt.*“

Meenutatakse töövõite nagu see, et peale aastast programmi on silmkontakti võimalik hoida. Samuti on tunnustav, et kõik kohale tulevad. Üks kogemusnõustaja toob näite: *kui meeldetuletuseks tegevusjuhendajale helistasin, siis ta ütles, et kõik teavad ja juba ootavad*“.

Kliendid on üksteise suhtes toetavad, et gruppi tulla. Tuuakse ilmekas sõpruse näide, kuidas üks klient ei julgenud trepist üles tulla ja ei käinud grupis, sest ruum asub teisel korrusel. Teine klient, tema sõber juba hooldekodu ajast, toetas teda trepist liikumisel. Tema vajab aga abi toidu toomisel kui ta jalg oli kipsis ning sõber aitas.

Tõendust leidis, et ühiskonna hüvanguks panustamine ja aitamine oma kogemuse põhjalt mõjub endalegi hästi. Üks kogemusnõustajatest väljendas seda nii: „*aidates teisi, aidad ka iseend, see on kinnitust leidnud.*“ Tõdetakse, et klientide väikeste asjade üle rõõmustamine tuletab meelde enda õnne.

Arvatakse, et varasemad kogemused nagu õpetaja koolitus ja klienditeenindus tulevad kasuks. Siiski hinnatakse spetsialistidena ja töötajatena jätkuvat arengu võimalust. Kogemusnõustajad tunnevad, et võtavad järjest rohkem vastutust, saavad ise otsuseid teha, kliendikohtumiste kava ja sisu ette valmistada. Näiteks vastutada lühiloengu läbiviimise eest. Just eeltööd grupitööks valmistumisel peavad kogemusnõustajad heade tulemuste saavutamisel väga oluliseks. Tähtsaks peetakse ka võimalust töömeetodeid valida, seejuures üks kogemusnõustajatest ütleb, et „*Me ei karda vigu teha – vigadest õpitakse*“ ja teine lisab soovi „*tahaks olla edasi ühtne meeskond, kuid mitte liiga ühtede mõtetega – erinevus rikastab.*“

Leitakse, et klienditöös heade tulemuste saavutamiseks on möödapääsmatu piisava ajaressursi olemasolu. Alles peale kliendiga koostöösuhte loomist saab minna kliendi soovide ja eesmärkide väljaselgitamise ja oskuste õppe juurde. Ka vahekokkuvõteteks ja hindamiseks kulub aeg. Arvatakse, et kui toetamine katkeb, siis see ei ole hea. Edasi arenguks peetakse oluliseks programmi alusel töötamist ja selle sisu jätkuvat uuendamist.

Tehakse ettepanek senisest veelgi rohkem kogukonna ressursse huvitegevuseks kasutada (näidetena tuuakse tants, raamatuklubi). Lisaväärtust aitaks ka luua vabatahtlike kaasamine, pakutakse välja, et arstitudengid võiksid kaasatud olla. Arvatakse, et rahastusvõimalusi võiks olla rohkem, ka peale rehabilitatsiooniteenuse.

Kokkuvõtlikult selgus alapeatükis kirjeldatud tegevusuuringu läbiviimisest, et kogemusnõustamise teenus sobib kogukonnapõhiselt teenuse osutamiseks psüühikahäirega inimestele. Selgus, et teenuse arendamise vajadus teenuse osutaja jaoks tuleneb sellest, et riiklikult rahastatud rehabilitatsiooniteenus on üldisel tasemel kirjeldatud ja teenuse osutaja roll on teenus sihtgrupipõhiselt kirjeldada. Tegevusuuringu käigus ilmnes, et psüühikahäirega

klientide toimetuleku toetamiseks on mitmeid viise, näiteks eneseteadlikkuse arendamine ja vaba aja tegevuste mitmekesistamine, et tasakaalustada töö- ja puhkeaega ja suurendada kontakte teiste sarnase mõttemaailmaga inimestega. Psüühikahäirega klientide vajadused on lähtuvalt taastumise astmetest erinevad, seepärast segmenteeriti selle alusel kliendid ja loodi tüüpkliendid. Teenuse disainis keskenduti tüüpkliendile, kes on hoolekandetasutusest uude elukohta elama asunud, sest selle taustaga on suur osa Heaolu ja Taastumise Kooli klientidest.

Tegevusuuringus vaadeldi kogemusnõustaja programmi ellu viimist 2017. aasta jooksul, see oli sisendiks kogemusnõustamise teenuse kirjeldamisel 2018. aastaks nii tegevuste kui kogemusnõustaja rolli osas. Lisaks analüüsiti kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse erinevaid aspekte, koostati riskianalüüs, klienditeekond, teenuse plaan, eelarve. Disaini ajal koondati tagasiside teenuse pakkumisest disainiprotsessi keskmes olevalt meeskonnalt, sealhulgas kogemusnõustajatelt ja kliendidelt. Kliendid olid tegevusuuringusse kaasatud, kuna rehabilitatsiooniteenuse oluline osa on kliendikesksus. Kliendid hindasid oma toimetulekut taastumise erinevate tegurite lõikes uuringu alguses 2017. aastal ja lõpus 2018. aastal ning tegid ettepanekuid ühistegevuste kohta kogemusnõustaja grupiprogrammis. Kogemusnõustajad olid teenuse arendamisse kaasatud ja andsid oma hinnangud nii erinevate teenuse osade kirjeldamisel kui fookusgrupis uuringu lõpul.

2.3. Kogemusnõustaja kogukonnapõhine teenus psüühikahäirega inimesele

Disainitud uus kogukonnapõhine kogemusnõustamise teenuse mudel toetab raske psüühikahäirega inimeste igapäevast toimetulekut. Disainiprotsessi läbiviimise tulemusel arendatud teenus mitmekesistab haavatavatele sihtgruppidele suunatud teenuste võimalusi ning aitab seeläbi kaasa kogukonna tasakaalustatud arengule. Autor teeb kokkuvõtte disaini tulemustest.

Disainiprotsessi läbiviimise tulemusel on parendused esitamiseks koostatud sotsiaalse ärimudeli kaardi põhjal (vt lisa 10). Toodud on väärtuspakkumine, võtmetegevused, -ressursid ja –partnerid, müügikanalid, kliendisegmendid ja suhted kliendiga ning kulude struktuur ja tuluvood. Ärimudeli kaardi põhjal kirjeldatakse ka teavitustegevusi ja personali koolituskava.

Väärtuspakkumine on koostatud tuginedes kliendi teekonnale (lisa 4), kogemusnõustajate ja klientide fookusgrupi intervjuudele ning kliendi vajadusi ja emotsioone arvestades (vt joonis 9).



Joonis 9. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse kirjeldus (autori koostatud).

Teenuse väärtus kliendi jaoks on võimalus sotsialiseeruda sarnase mõttemaailmaga inimestega ja luua tähendusrikkaid suhteid – nii sõprussidemete sõlmimine teiste klientidega, laiemalt kogukonnas kui ka professionaalsed kontaktid, näiteks tööturule sisenemise eesmärgiga. Kliendile pakuvad abi professionaalid, sh kogemusnõustajad elu ülesehitamisel ja sotsiaalsete rollide taastamisel ja hoidmisel ning kogukonda kuulumisel. Teoreetilistele allikatele (Cyhlarova, Crepaz-Keay, Reeves, Morgan, Lemmi, & Knapp 2015, Repper & Watson 2012, Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy 2010) ja uuringu käigus kogutud klientide tagasisidele toetudes on väga hinnatud koostöösuhe kogemusnõustajaga ja nende abistav ja

samaväärne toetus. Ühiste kogemuste jagamise tulemusel on klientide pilk tulevikku lootusrikkam, sest kogemusnõustaja on positiivseks eeskujuks, koos õpitakse erinevaid toimetulekuoskusi igapäevaelus ja rahulolu saavutuste üle tõstab enesekindlust ja selle tulemusel on kliendid eneseteadlikumad. Kaudselt on magistritöö panuseks kliendi heaolu suurendamine teenuse kaudu.

Kliendid on inimesed, kes on suure toetusvajadusega, sest elavad psüühikahäirega. Kliendid tutvuvad teenuse võimalustega näost-näku kohtumistel, trükitud voldikute või mõnikord ka koos tegevusjuhendajaga või lähedasega kodulehte vaadates. Rõhuasetus on paberkandjal ja silmast-silma suhtlemisel, sest sihtgrupi hulgas on vähe arvuti ja interneti kasutajaid.



Joonis 10. Teenuse väärtus kliendi, kogemusnõustaja ja teenuse osutaja jaoks.

Tegevusuuringu käigus loodud ja läbi proovitud klienditeekond ja teenuse plaan on toetavad erinevate sotsiaalsete rollide taasleidmisel, sest kombineeritakse grupikohtumisi, toimuvad ühistegevused kogu grupiga ja huvipõhised tegevused väikerühmades (2-5 klienti ja kogemusnõustajad). Niisiis on kogukonnapõhine kogemusnõustamise teenus grupp-nõustamine (kaks korda kuus), mida veavad koostöös kutseline aitaja (enamasti sotsiaaltöötaja) ja kogemusnõustaja ning oskuste õppe programm linnaruumis (vähemalt üks kord kuus), mida juhendab kogemusnõustajate tööpaar. Vajadusel toimuvad vahepealsel ajal individuaalkohtumised. Uuringi käigus selgus, et erinevate tegevusvõimaluste kombineerimine on oluline, et täita iga kliendi personaalsed soovid ja toetada teda liikumisel eesmärkide

täitmise suunas funktsioneeriva rolli. Teenust osutatakse riiklikult rahastatud rehabilitatsiooniteenuse raames. Rehabilitatsiooni meeskonda kliendi ümber kuuluvad sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut, psühholoog, eripedagoog, füsioterapeut, vaimse tervise õde, konsulteerib psühhiaater. Lisaks kogukonnapõhisele kogemusnõustamise teenusele nõustavad nimetatud spetsialistid näiteks kui klient osaleb taastumiskursustel või õpib erinevaid eneseabi võtteid.

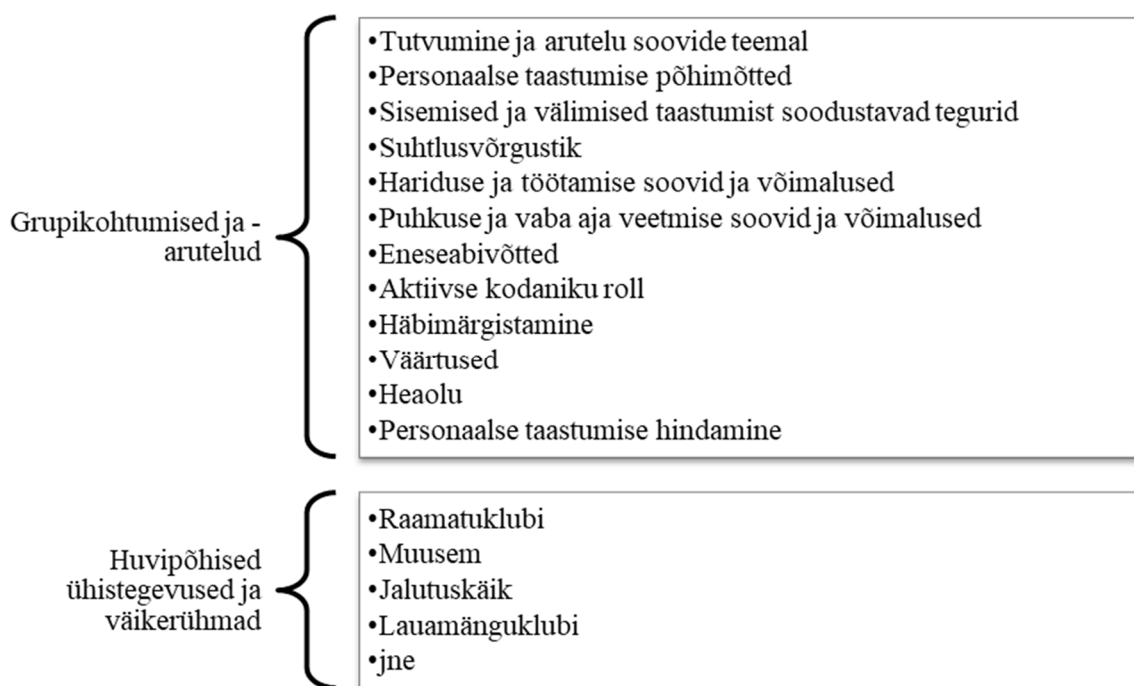
Teenuse osutamisel lähtutakse teadmisest, et personaalsele taastumisele keskenduv teenuse osutamine on tervendav. Teenuse pakkumisel on kõige omanäolisemaks kogemusteadmise kasutamine. Kogemusnõustajad toetuvad nõustamisel sellele, mis on aidanud neil taastuda ja heaolu suurendada. Kogemusnõustajad on kaasatud grupinõustamise programmi ettevalmistamisse ja läbiviimisse koostöös vaimse tervise valdkonna spetsialistidega, kelleks on peamiselt sotsiaaltöötaja. Teenuse parendusel on arvestatud kogemusnõustajate poolset algatust järjest enam iseseisvamalt töötada ja rohkem vastutust võtta. Oskuste õpet ühistegevuste kaudu linnaruumis veavad eest kogemusnõustajate tööpaarid, nende vastutusel on programmi koostamine, klientide teavitust, rühmaruumi korrashoid ja hinnangute andmine klientide toimetulekule. Koostööd tehakse teiste meeskonnaliikmetega. Ühistegevuste kaudu aidatakse kaasa klientide kohanemisele uues elupaigas ja kogukonna loomulikule toimimisele.

Ettepanekud teenuse osutajale klienditöö korraldamisel:

- Jätkata kogukonnapõhise teenuse osutamist põhimõttel, et kohtumised kogemusnõustajaga on regulaarsed igal rehabilitatsiooniteenusel oleval raske psüühikahäirega kliendile.
- Planeerida grupikohtumised (sh lühiloengud) ja –arutelud vaheldumisi huvipõhiste ühistegevustega linnaruumis, mis arendavad oskusi ja suurendavad sotsiaalset isoleeritust kogenud klientide oskusi ja võimalusi kontaktide loomisel (vt programmi jooniselt 11).
- Mõelda läbi erinevad rahastusvõimalused lisaks riiklikule rehabilitatsiooniteenusele klientide toimetuleku ja sotsiaalsete rollide taasleidmiseks ühistegevuste kaudu, näiteks kohaliku omavalitsuse eelarve, toetusfondid ja sihtkapitalid, annetused ja sponsorlus.
- Hinnata regulaarselt klientide taastumise protsessi, võttes aluseks nii klientide enesehinnangu kui meeskonna, sh kogemusnõustajate poolse arengu hinnangu.

Kasutada hindamisel personaalse taastumise raamistiku põhjal kombineeritud SAMET mõõdikut, et mõõta uuringute alusel kõige enam tähtsust omavaid taastumise tegureid seotus, lootus ja optimism tuleviku suhtes, identiteet, tähendusrikkus ja jõustamine (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade 2011, Slade & Wallace 2017). Mõõdiku edasisel kasutamisel on võimalik seda kõrvutada 2017 ja 2018 andmetega ja teha kliendipõhiselt võrdlusandmete põhjal järeldusi.

Peale individuaalse toetuskava koostamist on kliendil võimalus õppida uusi oskusi osaledes ühistegevustes, mis toetavad sotsialiseerumist. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise grupiprogrammi eesmärk on rakse psüühikahäirega kliendi suurem sotsiaalne kaasatus. Autor pakub välja 12 korra grupiprogrammi joonisel 11. Loengud ja grupiarutelud vahelduvad huvipõhiste ühistegevustega (korraga kogu grupp või väikerühmad). Soovitus on kuulata grupiliikmete soove ja valida lisaks teemasid, mida nad arutada soovivad.

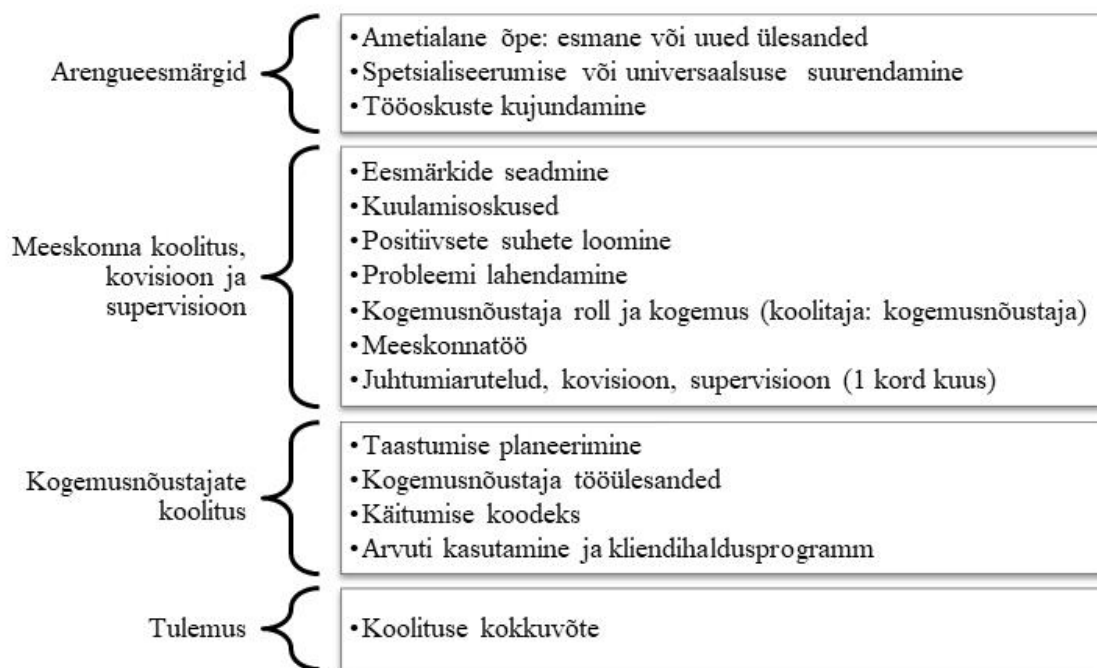


Joonis 11. Kogukonnapõhise kogemusnõustamise grupiprogramm 2018. aastaks.

Teenuse osutaja, Heaolu ja Taastumise Kooli jaoks on teenuse osutamisel kõige tähtsamaks ressursiks töötaja, tema missioonitunne, oskused ja teadmised. Töötaja on psüühikahäirest taastuja kaaslane teekonnal soovitud heaolu poole. Meeskonda kuuluv kogemusnõustaja sisendab kliendile lootust, julgust ja sihikindlust. Uuringust selgus, et just taastumisel kaasteeliseks olemist ja igakülgset toetust väärtustavad kliendid enam. Kogemusnõustaja

kasutab aitaja rollis ära oma psüühikahäirest taastumise kogemust (vt joonis 10). Uuringust selgus, et kogemusnõustajad hindavad töö käigus saadud kogemusi ja sissetulekut – nende jaoks on kogemusnõustaja kvalifikatsioon oluline. Klientide toetamisega kaasneb isiklik areng, uued teadmised ja oskused grupirpogrammi elluviimisest on panus kogemusnõustaja enda taastumisel. Siiski on kogemusnõustajatel küllaltki uus ametikoht, nende töö on tasustatud rehabilitatsiooniteenusena alates 2016. aastast. Seepärast on teenuse disain aidanud kujundada nende tööülesandeid ja iseseisvalt töötava spetsialisti rolli meeskonnas. Kuna teenus on arendamisel, on ka ootus, et töötaja väärtustaks uusi ideid ja töövõtteid. Et töötaja suudaks vastata neile tingimustele, samuti, et ennetada läbipõlemist ja pakkuda toetust meeskonna kujunemisel ja meeskonnatöös, on vajalik panustada inimestesse ja nende koolitamis. Tegevusuuringu käigus loodud teenuse osutamise plaan on töötajaid toetav, sest töötatakse meeskonnas ja väikegrupe juhatakse tööpaaridena. Siiski on autori hinnangul oluline tagada koolitus ja pidev supervisioon, et omandada head töövõtted ja vältida läbipõlemist. Autor pakub teenuse osutajale välja koolituskava (joonis 12).

Koolitusteemad lepatakse Heaolu ja Taastumise Koolis kokku juhendatud enesehindamisel püstitatud arengueesmärkide põhjal. Võidakse juhendada kas töötajate spetsialiseerituse suurendamisest ja konkreetsete tööoskuste kujundamisest või töötajate universaalsuse suurendamisest. Õpe võib olla ametialane, näiteks esmaväljaõpe ja juhendamine tööle asumisel või uute tööülesannete täitmisel. Kirjanduse analüüsist selgus, et kogemusnõustamise jaoks peavad olema kättesaadavad vajalikud ressursid, sh koolitus ja supervisioon kogemusnõustajatele (Faulkner & Basset 2012, Repper ja Carter, 2010). Seepärast on koolituskavasse arvestatud korra kuus toimuv meeskonna omavaheline kovisioon kliendijuhtumite aruteluks. Võimalus on küsida supervisiooni. Soovituslik on, et kovisioone saaksid juhtida kõik meeskonnaliikmed, ka kogemusnõustajad. Koolituskavas on kirjeldatud kogemusnõustaja rolli ja kogemusega seotud teemasid, et teenuse osutamisel hoida tasakaalus ja kombineerida kutseliste aitajate väljaõpe (arendatud oluliselt tervishoiule toetudes) ja klientide enda eneseabi suund. Peale koolitusel käimist teeb töötaja kokkuvõtte, mis koolitus talle andis ja kuidas koolitus aitab tema tööd tõhustada ja pädevust suurendada. Arutelud kogemusnõustaja rolli üle avavad kogemusnõustamise konteksti, hakkama saamise strateegiaid ja kogemust. Tööjõukulud moodustavad 70% mittetulundusühingu kuludest teenuse osutamisel, sellele lisanduvad supervisiooni- ja koolituskulud.



Joonis 12. Koolituskava.

Kliendid jõuavad teenusele võtmepartnerite kaudu, kellega koostöö toimub ka teenuse osutamise ajal: AS Hoolekandeteenused, PERH Psühhiaatrikliinik, Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinik jt. Teenuse osutamisel on pikaajased suhted partneritega lühikese koostöö asemel usalduslikumad ja oluline on kaasata erinevad huvipooled. Seepärast on oluline hoida võtmepartneritega häid koostöösuhteid ja olla uuenduslike töövõtetega ja heade tulemuste saavutamiseks nende jaoks nähtav. Rehabilitatsiooniteenus on riiklikult rahastatud läbi Sotsiaalkindlustusameti (sotsiaalne rehabilitatsioon) ja Töötukassa (töölane rehabilitatsioon). Rahastajate jaoks on oluline tuua raske sihtgrupiga töös esile saavutatud tulemusi ning olla asjaajamisel korrektne.

Teavitustegevuse fookuses on:

- AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad ja teenuste osakond: teenuse osutamise tulemused
- Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa juhtumikorraldajad: infopäevad ja Heaolu ja Taastumise Kooli teenust tutvustav infovoldik
- Kliendid: infovoldik, video ja suuline info
- Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonna spetsialistid: töörühmades osalemine
- KOV sotsiaaltöötajad: klientidele suunatud infoleht
- Psühhiaatrid: esinemine infopäevadel, võtmeisikute pidev teavitus

- Tööandjad: koolitused tööandjatele
- Vabatahtlikud.

Disainmõtlemisele tuginev teenuste arendus pakub Heaolu ja Taaastumise Kooli juhtidele ja arendusmeeskonnale analüütilise mõtteraamistiku ja meetodid „hoida töös“ kvaliteediringi luues ideid probleemide lahendamiseks, lahendusi testida ja ellu viia. Disaini avastamise etapp on võimalus koguda infot ja toetada organisatsioonis avatud tagasisidestamise kultuuri, uurida klientide ja töötajate vajadusi, küsida arengu jaoks olulisi küsimusi ning julgustada laialt mõtlema. Analüüsi etapis saab valida konkreetsed sihid edasi töötamiseks ning hiljem on perioodilise hindamise käigus otsuste ülevaatamiseks taas võimalus. See on tasakaalu otsimine avatuse ja kahtluste vahel, sest ühelt poolt tuleb uskuda, et disaini protsessis visioon realiseerub ja meeskonna koostöös sünnivad uued ideed ja riskide võtmine tasub ära, teiselt poolt on kahtlused väärtuslikud küsimuste esitamiseks ja esialgsetesse ideedesse paranduste sisse viimiseks. Kuna piisav aeg järelduste tegemiseks arendus- ja elluviimise etapis, siis sai teenuse osutaja uuendada ka töömeetodeid tänu uudse kogemusnõustaja kogukonnapõhise teenuse mudeli alusel töötamisele (vt joonis 9). Teenuse arenduse käigus said kogemusnõustajad oluliselt suurema iseseisvalt töötamise koormuse kui see varasemalt oli. Arendusmeeskondadesse erineva tausta ja kogemusega inimeste kaasamine aitas uuendustele kaasa, sest uued ideed olid mitmekesisemad, kuid see oli ka meeskonna- ja kuuluvustunde tekitamisel väärtuslik.

Edasised arendussuunad ja töökorralduslikud ettepanekud teenuse osutajale:

- Kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse arendamine Heaolu ja Taastumise Kooli teistes tööpiirkondades üle Eesti. Heaolu ja Taastumise Kooli teiste teenuste ülevaatamine disainmõtlemise meetodeid kasutades. Kogemusnõustamise teenuse arendamine Tartu piirkonnas peredele ja lähedastele. Teenuste arendus oma kodus elavale kliendile, kellel on abivajadus, kuid seostub teenusega raskesti.
- Sekkumiste tulemuste edasi uurimine. Teenuse kulutõhususe mõõtmine ja kulutõhusate teenuse mudelite arendamine. Näiteks mudelid, mis vähendavad erialase väljaõppeta pereliikmete hoolduskoormust. Mudelid erinevate kogukondade põhjal – suurem võimaluste variatiivsus. Kogemusnõustamise teenuseid peaks jätkuvalt hindama, et kinnitada vastavust kvaliteedile, seda parandada, vastata rahastustingimustele ja seisma selle eest, lisanduks tõendusi kogemusnõustamise praktikast.

- Jätkata kogemusnõustajatele töökeskkonna pakkumist, kus vaimse tervise probleemide teatavaks tegemist käsitletakse kvalifikatsioonina ja positiivsena. Soovituslikult jätkata kogemusnõustaja rolli teemaliste aruteludega meeskonnas ja kaasata jätkuvalt kogemusnõustajaid kaaskoolitajateks sisekoolitustes.
- Kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus on mudel, kus kliendi kaasatus on kõrge. Jätkata teenuseid arendades ja pakkudes teenuse kasutajate arvamuse arvestamisega (klientide tagasiside fookusgrupid) ja kaasata kogemusnõustajaid, kes on samuti vaimse tervise teenuse tarbijad teenuste arendusse ja organisatsiooni juhtimisse (jagatud otsused).
- Kogemusnõustajad soovivad olla kaasatud teiste aitamisse vaimse tervise teenuste raames. Kogemusnõustajate koolitus ja toetus (näiteks kovisiooni ja supervisiooni näol) on vajalik, et nende oskused ja jaksamine oleks vajalikul tasemel, töö turvaline ja isiklikku kasvuprotsessi ja taastumist võimaldav. Soovitus on ka järgida kogemusnõustajate tööaega, et töö- ja puhkeaeg on tasakaalus ja koormus stabiilne.
- Tutvustada kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse mudelit Kogemusnõustajate Kojas. Uurida võimalusi koolitada kogemusnõustaja kogukonnapõhise töömeetodi osas teisi rehabilitatsioonimeeskondi. Kogukondade koolitamine – kogemusnõustajad jagavad oma kogemusi kohalikus lehes, raadios või toimuvad vestlused kogukonnakeskuses või kohvikus, lihtsalt inimestega rääkida. Laiem teavitus (koolitused kogukondadele, ajakirjandus) vaimse tervise probleemidest ja taastumisest.
- Teenuse osutamine, kus kogukonnaga seostaja ei tule vaimse tervise valdkonnast, vaid hoolekande valdkonnast või kogukonna liikmete hulgast. Kogemussõbra teenuse arendus kaasates erinevaid vabatahtlikke ühistegevustesse (vabatahtlike kaasamise, motivatsiooni ja koolitusprogrammi väljatöötamine).

Tegevusuuringu tulemusi kokku võttes võib öelda, et kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus on kirjeldatud ja parendatud aastase elluviimise perioodi järel. Psüühikahäirega inimestele oli kättesaadav ja toetav kogemusnõustaja inimlik tugi ja eeskuju ning oskuste õpe. Valmis programmi kirjeldus kogemusnõustaja kogukonnapõhisest teenusest, mis on nii tegevusprogramm kui ka uut tüüpi suhetest arendamine teenuse osutamisel. Teenuse visualiseerimine aitas teenuse osutaja jaoks läbi mõelda tööjaotuse uudsete meetodite alusel töötavas meeskonnas. See suurendab arusaadavust rehabilitatsiooni ringkonnas, sealhulgas rahastajale.

KOKKUVÕTE

Kogukonnapõhiste teenuste arendamine on Eestis aktuaalne seoses suurte hoolekandeesutuste ümberkujundamisega ja psüühikahäiretega inimeste kolimisega uutesse elupaikadesse suuremates linnades ja asulates, sealhulgas ühena esimestest Tartusse. Heaolu ja Taastumise Kool on vaimse tervise teenuste osutaja psüühikahäirega inimestele, kelle rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad lisaressursina kogemusnõustajad. Teenuse osutaja jaoks on uudne tööviis toetada psüühikahäirega klienti uues elupaigas Tartus kogukonnapõhise teenuse kaudu nii et kaasatud on kogemusnõustajad. Uudse tööviisi vajadusest tulenes magistritöö probleem: milline on psüühilise erivajadusega inimest toetav kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus ning mida tuleb teenuse osutajal arvestada kui meeskonnas on kogemusnõustaja? Uurimisküsimuse alusel seati magistritöö eesmärk disainida Tartu linnas elavatele psüühikahäirega inimestele kogukonnapõhine kogemusnõustaja teenus.

Magistritöö teoreetilises osas käsitleti psüühikahäirega inimese kliendikäitumise spetsiifikat ja neile kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste disaini võimalusi. Psüühikahäirega inimesed on suure abivajadusega ja neil on raskusi ümbritseva tajumisega, suhtlemise ja sotsiaalsete kontaktide mõistmisega. Seetõttu on nende kohanemine uutes elupaikades peale pikalt hoolekandeesutustes elamist raskendatud. Keerulisemaks teeb olukorra ka see, et psüühikahäirega inimesed võivad olla varasemalt kogenud ühiskonna poolset tõrjutust. Näiteks raskendab stigma teenuste kättesaadavust. Psüühikahäirega inimestel võib puududa piisav võimalus oma elu mõjutavaid otsuseid langetada. Samas kirjeldavad need inimesed ootust võrdsele otsustamisele ja arvestamist individuaalsete vajadustega teenuse osutaja poolt, kes teeb nende inimeste elusid puudutavaid otsuseid ja omab sageli madalaid ootusi kliendi suhtes. Kogukonnapõhiste teenuste arendamine on võimalus tagada inimeste toimetulek võimalikult tavapärasel keskkonnas.

Vaimse tervisega seotud ühiskondlikke probleeme on avaliku, era- ja mittetulundussektori koostöös kõige tõhusam lahendada. Võrgustikus kollektiivselt tegutsemine ja ressursside kombineerimine on väärtus, millest kujuneb omaette ressurss. Psüühikahäirest taastumine eeldab kliendikeskset lähenemist nii koostöö mudelites kui teenuse sisus. Kliendikeskne teenuse pakkumine tähendab kliendi motivatsiooni, soovide ja käitumise üksikasjalikku mõistmist. Teenuse disaini alasest kirjanduse analüüsist selgus, et klient on teenuste kaaslooja, sest teenusele väärtuse loob kliendi tõlgendus, mida mõjutavad tema eesmärgid,

ressursid ja kogemused. Psüühikahäirega kliendi ümber olevasse taastumisele suunatud teenuste ökosüsteemi kuuluvad erinevad vaimse tervise teenused nagu ravi, rehabilitatsioon ja erihoolekanne, samuti eneseabi ja huvikaitse võimalused ning üldised avalikud teenused, samuti kliendi lähedased ja pere, kes koos laiema võrgustikuga mõjutavad kliendi tervisealaseid otsuseid.

Psüühikahäirega inimesed võivad elada heaolutundega ja teostada oma potentsiaali tänu oma võimete arendamisele. Taastumise teekonnal muutuvad inimese hoiakud, väärtused, tunded, eesmärgid, oskused ja võimalused ning ka sotsiaalsed rollid. Taastumisel on kolm üldist faasi: stabiliseerumine, ümberorienteerumine ja taasintegreerumine. Kogemusnõustamine keskendub inimese taastumise toetamisele ja võimele positiivselt toimida. Kogemusnõustamise teenuse mudelid jagunevad kolmeks: informaalne toetus, kogemusnõustaja programmid ja formaalne toetus. Formaalne toetus tähendab koolituse läbinud kogemusnõustaja tööle asumist vaimse tervise teenuseid osutavasse organisatsiooni. Kogemusnõustaja toetab psüühikahäirega inimest emotsionaalse, sotsiaalse ja praktilise abiga. Kogemusnõustaja ja kliendi suhe põhineb võrdväärsel, vastastikusel aususel ja empaatial, sest kogemusnõustajal on psüühikahäirega elamise kogemus ja ta jagab seda kliendiga. Kogemusnõustaja rehabilitatsioonimeeskonnas on võimalus toetada psüühikahäirega kliendi erinevaid vajadusi: haiglas veedetud aja vähenemine, stabiilsus erinevates elu valdkondades ja enesejuhtimise oskused, sotsiaalne funktsioneerimine, empaatilise ja terapeutilise suhte olemasolu, stigmaga võitlemine, lootuse tunde olemasolu ning informatsiooni vahendamine ja teenustega seostamine.

Vaimse tervise probleemid mõjutavad klientide teenuse kasutamise kogemust. Seepärast on teenuse osutajal lisaks teenuse kättesaadavaks tegemisele ka vastutus kliendi positiivse toimimise ja heaolu ning huvide kaitse eest. Seesuguse kogukonnapõhise kogemusnõustaja teenuse loomiseks sünteesiti teoreetilises osas neljaastmeline disainiprotsess: info kogumine, andmete analüüsimine, ideede ja kontseptsiooni arendamine ning teenuse pakkumine. Lisaks tõi autor välja teenuse arendamiseks sobivad meetodid.

Empiirilises osas kirjeldati kogukonnapõhise kogemusnõustamise teenuse loomise etappe. Eesmärgi täitmiseks viis autor läbi tegevusuuringu, mis põhines teenusedisaini etappidel info kogumine, andmete analüüsimine, ideede ja kontseptsiooni arendamine ning teenuse pakkumine. Uuringu tulemusel valmis teenuse kirjeldus, ärimudel ning täpsustus meeskonna rollijaotus ja selgus teenuse osutamisest saadav kasu nii kliendile, kogemusnõustajale kui

teenuse osutajale ehk tööandjale. Valmis teenust osutava meeskonna koolituskava, et toetada meeskonna jaksamist töös suure abivajadusega kliendigrupiga.

Kogukonnapõhine kogemusnõustamise teenus on disainitud psüühikahäirega inimestele, kes on liikunud hoolekandenasutusest elama kogukonnateenusel. Teenus toetab nende inimeste igapäevast toimetulekut. Arendatud teenus mitmekesistab haavatavatele sihtgruppidele suunatud teenuste võimalusi ning aitab seeläbi kaasa kogukonna tasakaalustatud arengule. Kogemusnõustaja teenus on kirjeldatud osana rehabilitatsiooniteenusel. Teenust osutatakse sektoritevahelise koostööna, avaliku sektori ressursside toel osutab teenust mittetulundusühing. Kogemusnõustamise teenuse arendamine ja elluviimine on nihe taastumiskeskse teenuste süsteemi suunas.

Oskuste õpe linnaruumis ja rehabilitatsioonimeeskonna mudel, kus kutselised ja kogemusnõustajad töötavad koostöös, toetab psüühikahäirega kliendi toimetulekut elu muutustega ja täisväärtusliku elu elamist haiguse poolt seatud piirangutest hoolimata. Vaimse tervise probleemidest taastumist võib mõista kui mitmeid erinevaid omavahel põimuvaid protsesse, mida toetavad kogemusnõustajaga võrdväärne suhted ja võrdsed jutuajamised.

Arendatud teenuse raames viib kogemusnõustaja läbi grupiprogrammi, mille üldeesmärgiks on psüühikahäirega klientide sotsiaalne taastumine ehk kliendi poolt väärtustatud rollide hoidmine ja taastäitmine. Kogemusnõustaja aitab kliendil eesmärke seada ja koostatakse toetuskava. Soovitud muutusteni jõutakse ühiste tegevuste kaudu. Teenuse raames toimuvad grupikohtumised koos loengute ja aruteludega ning huvipõhine oskuste õpe linnaruumis nii grupile korraga kui väikerühmades.

Tegevusuuringu lõpus läbi viidud hindamisest selgus, et teenuse disaini ja teenuse osutamise tulemusel on sihtgrupp Tartu linnas paremini kohanenud, omatakse unistusi ja soove ja teatakse oma tugevusi. Kliendid hindasid ühistegevusi, sest neile on positiivseks eeskujuks kogemusnõustajad ja see oli võimalus luua sõprussidemeid sarnase mõttemaailmaga inimestega.

Kogemusnõustajad väärtustavad oma tööd teenuse osutaja rollis, sest saavad oma eluraskused heal eesmärgil ära kasutada ning neil on staatus tööturul ja sissetulek. Teenuse osutaja roll on oluline luua kogemusnõustajatele toetav töökeskkond, tagada koolituse ja supervisiooni võimalused kogemusnõustajate tööelus jaksamiseks ning selgitada kogemusnõustaja töö piire ja rolli meeskonnas. Need teemad kajastuvad koolituskavas. Teenuse disain aitas

identifitseerida sekkumised, mida taastumise kogemusega inimesed soovivad ja saavad pakkuda. Kogemusnõustajad, kes on samuti vaimse tervise teenuse tarbijad teenuste, olid kaasatud arendusse ja jagatud otsuste läbi organisatsiooni juhtimisse.

Teenuse peamised edasiarenduse võimalused Heaolu ja Taastumise Koolis on pakkuda sarnast teenust peale Tartu teistes tööpiirkondades üle Eesti, teistele sihtgruppidele (näiteks kodus elavad kliendid, pered ja lähedased) ja kogukonna liikmete hulgast vabatahtlikke ühistegevustesse kaasates. Samuti vaadata teised teenused üle disainmõtlemise meetodeid kasutades. Vajalik on jätkata teenuse kulutõhususe mõõtmist ja kulutõhusate teenuse mudelite arendamist. Jätkates psüühikahäirega klientide taastumise tegurite hindamist, saab seda võrrelda antud töö tulemustega. Edaspidi saab teenuse osutaja uurida võimalusi koolitada kogemusnõustaja kogukonnapõhise töömeetodi osas teisi rehabilitatsioonimeeskondi. Võimaluseks on ka kogemusnõustaja koolitused kogukondadele vaimse tervise probleemidest ja taastumisest. Samuti on kogukonnapõhise teenuse loomiseks disainitud metoodikat võimalik kasutada teistes teenuseid osutavates organisatsioonides.

VIIDATUD ALLIKAD

- Aimre, I. (2001). *Sotsioloogia*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.
- Altnurme, R. (2002). *Käsiraamat Avalike teenuste lepinguline delegeerimine kolmandale sektorile*. Tallinn: Avatud Eesti Fond. Tänapäev.
- Alves, R., & Nunes, N. (2013). Towards a Taxonomy of Service Design Methods and Tools. *Exploring Services Science. IESS 2013. Lecture Notes in Business Information Processing* (lk 215-229). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Amering, M., Mikus, M., & Steffen, S. (2012). Recovery in Austria: Mental health dialogue. *International Review of Psychiatry*, 24, 11-18.
- Anderson, L., Ostrom, A., Corus, C., Fisk, R., Gallan, A., Giraldo, M., et al. (2013). Transformative service research: An agenda for the future. *Journal of Business Research*, 66, 1203–1210.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Andrews, K. (2011). Social Design: Delivering Positive Social Impact. rmt: S. Stickdorn, & J. Schneider, *This is service design thinking: basics - tools - cases* (lk 88-93). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Anthony. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11-23.
- Anthony, W., & Farkas, M. (2009). *Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Aruste, V. (2012). *Finantsanalüüs. Ettevõtte väärtuse juhtimine*. Tallinn, Harjumaa, Eesti: Hansa Äriteenuste OÜ.
- Bloom, D., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L., Fathima, S., et al. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

- Boyle, D., & Harris, M. (2009). *The Challenge of Co-Production*. London: nef/NESTA.
- Bradstreet, S. (2006). Harnessing the Lived Experience: Formalising Peer Support Approaches to Promote Recovery. *The Mental Health Review*, 11(2), 33-37.
- Bradstreet, S., & Pratt, R. (2010). Developing peer support worker roles: reflecting on experiences in Scotland. *Mental Health and Social Inclusion*, 14(3), 36-41.
- Brown, L., & Townley, G. (2015). Determinants of engagement in mental health consumer-run organizations. *Psychiatric Services*, 66(4), 411-417.
- Carlgren, L., Rauth, I., & Elmquist, M. (2016). Framing Design Thinking: The Concept in Idea and Enactment. *Creativity and Innovation Management*, 25, 38-57.
- Chien, W., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 1604-1623.
- Chien, W., Lui, S., & Clifton, A. (2013). Peer support for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R., Daniels, A., Shoma Ghose, S., Swift, A., et al. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Clifton, A., Repper, J., Banks, D., & Remnant, J. (2013). Co-producing social inclusion: the structure/agency conundrum. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(6), 514-524.
- Clough, P., & Nutbrown, C. (2012). *A student's guide to methodology*. Los Angeles: Sage Publications.
- Coase, R. H. (1937). The Nature of the Firm. *Economica*, 4(16), 386-405.
- Cook, J., Copeland, M., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, J., Curtis, L., et al. (2010). Developing the evidence base for peer-led services: changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 113-120.
- Cook, J., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S., Fox, A., Shipley, P., et al. (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*, 136, 36-42.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

- Crepaz-Keay, D., & Cyhlarova, E. (2012). A new self-management intervention for people with severe psychiatric diagnoses. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 89-93.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles : Sage Publications.
- Cyhlarova, E., Crepaz-Keay, D., Reeves, R., Morgan, K., Lemmi, V., & Knapp, M. (2015). An evaluation of peer-led self-management training for people with severe psychiatric diagnoses. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(1), 3-13.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illness: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-128.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From The Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
- Davies, K., Gray, M., & Webb, S. (2014). Putting the parity into service-user participation: An integrated model of social justice. *International Journal of Social Welfare*, 119-127.
- Davies, M. (2011). Concept Mapping, Mind Mapping and Argument Mapping: What are the Differences and Do They Matter? *Higher Education*, 62(3), 279-301.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2008). *The Landscape of Qualitative Research*. Los Angeles: Sage.
- Design Council. (n.d.). *Design for public good*.
- Design Council. (n.d.). *Eleven lessons: managing design in eleven global brands. A study of the design process*.
- Dijk, G., Raijmakers, B., & Kelly, L. (2011). This is a toolbox - not a manual. rmt: M. Stickdorn, & J. Schneider, *This is service design thinking: basics - tools - cases* (lk 148-215). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Dodell-Feder, D., Tully, L., & Hooker, C. (2015). Social impairment in schizophrenia: New approaches for treating a persistent problem. *Curr Opin Psychiatry*, 28(3), 236-242.
- Drew, N. F. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378 (9803), 1664 - 1675.
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (kuupäev puudub). Kasutamise kuupäev: 15. 04 2015. a., allikas www.epikoda.ee
- Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon. (2016). *Vaimse Tervise strateegia 2016-2025*.

- (2014). *Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfjør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 110-17.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels: European Commission.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68–74.
- Faulkner, A., & Basset, T. (2012). A Helping Hand: taking peer support to the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16, 41-47.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015, June). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.
- Grönroos, C. (2007). *Service management and marketing: customer management in service competition*. Chichester: Wiley.
- Grönroos, C., & Gummerus, J. (2014). The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality*, 24(3), 206-229.
- Harrison, J. (2010). *Essentials of Strategic Planning in Healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Harvey, P. (2011). Mood Symptoms, Cognition, and Everyday Functioning in Major Depression, Bipolar Disorder, and Schizophrenia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(10), 14–18.
- Harvey, P., & Strassing, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73–79.
- Heaolu ja Taastumise Kool: www.heakool.ee. Kasutamise kuupäev: 15.04 2018. a.
- Heinonen, K., & Strandvik, T. (2018). Reflections on customers' primary role in markets. *European Management Journal*, 36, 1-11.
- HM Government. (2011). *No Health without Mental Health. A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: Department of Health.
- Hodge, S. (2005). Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social policy*, 25(2), 164-179.
- Hollander, D., & Wilken, J. (2015). *Supporting Recovery and Inclusion. Working with the CARE model*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

- Hollander, D., & Wilken, J.-P. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil*. Tallinn: DUO Kirjastus.
- Hussein, A. (2009). The use of Triangulation in Social Sciences Research : Can qualitative and quantitative methods be combined? *Journal of Comparative Social Work*, 4(1), 1-12.
- Jacob, K. (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-119.
- Kemp, V., & Henderson, A. (2012). Challenges Faced by Mental Health Peer Support Workers: Peer Support from the Peer Supporter's Point of View. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 337-340.
- Keyes, C. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. rmt: C. Keyes, *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health* (lk 3-28). Springer Netherlands.
- Keyes, C. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. rmt: B. G.F., & O. Hämmig, *Bridging occupational, organizational and public health* (lk 179–192). Dordrecht: Springer.
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., & Smith, M. (2011). The Economic Consequences of Deinstitutionalisation of Mental Health Services: Lessons from a Systematic Review of European Experience. *Health & Social Care in the Community*, 19, 113-125.
- Kuosa, T., & Koskinen, J. (2012). Design Tree. rmt: T. W. Kuosa, *Service Design. On the Evolution of Design Expertise* (lk 11-31). Lahti: Lahti University of Applied Sciences.
- Kuura, A. (2002). Võimalikud mudelid sotsiaalteenuste pakkumisel. rmt: *Kogumik: Sotsiaalteenused - kellele, miks ja kuidas*. Pärnu: Kaks & Pool.
- Lambert, S., & Loiselle, C. (2007). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 228-237.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62 (12), 1470-1476.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Leppik, M. (2014). *Puudega inimste Sotsiaalhoolekanne. Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. Tallinn: Eesti Statistikaamet.

- Ley, A., Roberts, G., & Willis, D. (2010). How to support peer support: evaluating the first steps in a healthcare community. *Journal of Public Mental Health*, 9(1), 16-25.
- Lietz, C., Lacasse, J., Hayes, M., & Cheung, J. (2014). The Role of Services in Mental Health Recovery: A Qualitative Examination of Service Experiences Among Individuals Diagnosed with Serious Mental Illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 161-188.
- Manderscheid, R., Ryff, C., Freeman, E., McKnight-Eily, L., Dhingra, S., & Strine, T. (2010). Evolving Definitions of Mental Illness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), 1-6.
- Mead, S. (n.a.). *International Peer Support*. Kasutamise kuupäev: 15.04.2018. a., allikas <http://www.intentionalpeersupport.org/articles/>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). *Peer Support: a theoretical perspective*. Kasutamise kuupäev: 30. 04 2018. a., allikas International Peer Support: <http://www.intentionalpeersupport.org/articles/>
- Medar, M. (2002). Sotsiaalteenused kellele, miks ja kuidas. *Kogumik: Sotsiaalteenused - kellele, miks ja kuidas. Pärnu: Kaks & Pool*.
- Mental Health Commission. (2012). *Blueprint II: How Things Need to Be*. Wellington: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- Meroni, A., & Sangiorgi, D. (2016). *Design for Services*. London, New York: Routledge.
- Moran, G., Russinova, Z., & Stepas, K. (2012). Toward Understanding the Impact of Occupational Characteristics on the Recovery and Growth Processes of Peer Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 376-380.
- Moritz, S. (2005). *Service Design. Practical Access to An Evolving Field*. London: KISD.
- Newton, A., Beales, A., Collins, D., & Basset, T. (2013). Service user leadership: training and development for service users to take the lead. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(3), 134-140.
- Normann, R. (2000). *Service Management. Strategy and Leadership in Service Business*. Chichester : Wiley.
- Oades, G. L., Deane, F., & Crowe, T. (2017). Collaborative Recovery Model. From Mental Health Recovery to Wellbeing. rmt: M. Slade, L. Oades, & A. Jarden, *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (lk 99-110). Cambridge: Cambridge University Press.
- Oades, L., & Anderson, J. (2012). Recovery in Australia: Marshalling strengths and living values. *International Review of Psychiatry*(24(1)), 5-10.

- OECD. (2013). *How's Life? 2013: Measuring Well-being*. OECD Publishing.
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business Model Generation: A Handbook for Visionaries, Game Changers, and Challengers*. Hoboken : Wiley.
- Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., & Vasar, V. (2000/2001). *Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat*. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium.
- Pickett, S., Diehl, S., Steigman, P., Prater, J., Fox, A., Shipley, P., et al. (2012). Consumer Empowerment and Self-Advocacy Outcomes in a Randomized Study of Peer-Led Education. *Community Ment Health*, 48(4), 420-430.
- Possin, K., Merrilees, J., Bonasera, S., Bernstein, A., Chiong, W., Lee, K., et al. (2017). Development of an adaptive, personalized, and scalable dementia care program: Early findings from the Care Ecosystem. *PLoS Med*, 14(3), e1002260.
- Proença, T., Proença, J., & Costa, C. (2018). Enabling factors for developing a social services network. *The Service Industries Journal*, 38(5-6), 321-342.
- Provencher, H., & Keyes, C. (2013). Recovery: A Complete Mental Health Perspective. rmt: C. Keyes, *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health* (lk 277-292). Springer Netherlands.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 70-78.
- Riigikogu. (2005). Maailma Terviseorganisatsiooni põhikiri. Retrieved from RT II 2005, 4, 11
- Rose, D., Fleischmann, P., & Schofield, P. (2010). Perceptions of user involvement: a user-led study. *International Journal of Societal Psychiatry*, 56(4), 389-401.
- Rosenbaum, M., Seger-Guttmann, T., & Giraldo, M. (2017). Commentary: vulnerable consumers. *Journal of Services Marketing*, 31(4/5), 309–312.
- Salzer, M., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified Peer Specialist Roles and Activities: Results from a Nation Survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520-523.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sepp, J. (1997). *Institutsiooniökonomika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

- Shepherd, G., McGregor, J., Meddings, S., & Roeg, W. (2017). Recovery Colleges and Co-production. rmt: M. O. Slade, *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (lk 181-193). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sirey, J. (2008). The Impact of Psychosocial Factors on Experience of Illness and Mental Health Service Use. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 703-705.
- Slade, M., & Wallace, B. (2017). Recovery and Mental Health. rmt: M. O. Slade, *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (lk 24-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., et al. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Slade, M., Brownell, T., Rashid, T., & Schrank, B. (2017). *Positive Psychotherapy for Psychosis: A Clinician's Guide and Manual*. London, New York: Routledge.
- Slay, J., & Stephens, L. (2013). *Co-production in mental health. A Literature Review*. Mind.
- Sotsiaalhoolekande seadus 2018. RT I, 03.04.2018, 19.
- Sotsiaalkindlustusamet: www.sotsiaalkindlustusamet.ee. Kasutamise kuupäev: 30.04.2018.a.
- Sotsiaalministeerium. (2014). *Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020*. Tallinn.
- Stickdorn, M. (2011). Definitions: Service Design as an Interdisciplinary Approach. rmt: M. Stickdorn, & J. Schneider, *This is service design thinking: basics - tools - cases* (lk 28-117). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Stickdorn, M. (2011). It is an Iterative Process. rmt: M. Stickdorn, & J. Schneider, *This is service design thinking: basics - tools - cases* (lk 122-135). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Swarbrick, M. (2013). Integrated Care: Wellness-Oriented Peer Approaches: A Key Ingredient for Integrated Care. *Psychiatric Services*, 64(8), 723-726.
- Tang, L., Shen, Q., & Cheng, E. (2010). A review of studies on Public-Private Partnership projects in the construction industry. *International Journal of Project Management*, 28(7), 683-694.
- Tooman, H. (2002). Sotsiaaltöötaja kui klienditeenindaja roll sotsiaalteenuste tervikliku kvaliteedi kujundamisel. Klienditeenindusõppe lähtekohad. rmt: M. Medar, *Sotsiaalteenused - kellele, miks ja kuidas?* (lk 85-121). Pärnu: Kaks & Pool.
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2015). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236-261.

- Trinidad Wiseman. (2018). *Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks. Lõpparuanne*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Tsuang, M., Bar, J., Stone, W., & Faraone, S. (2004). Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 3(2), 73-83.
- Tsuiman, K. (2014). Hea ja õige eestkoste praktika – reaalsus ja võimalused. *Sotsiaaltöö*, 6, 28-33.
- Uher, R., & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16, 121-129.
- Vana, T. (2013). *Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks*. Sotsiaalministeerium.
- Vargo, S., & Lusch, R. (01 2004. a.). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68, 1-17.
- Villiers, M. (2015). Three approaches as pillars for interpretive Information System research: development research, action research and grounded theory. *SAICSIT '05 Proceedings of the 2005 annual research conference of the South African institute of computer scientists and information technologists on IT research in developing countries*, (1k 142-151).
- Visocky O'Grady, J., & O'Grady, K. (2009). *A Designer's Research Manual: Succeed in Design by Knowing Your Clients and What They Really Need*. Beverly : Rockport Publishers.
- WHO. (n.d.). Kasutamise kuupäev: 25. 02 2018. a., allikas Rahvusvaheline haguste klassifikaator: <http://rhk.sm.ee/>
- Wilken, J., & Hollander, D. (2013). *Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach*. Amsterdam: SWP Publishers.
- Wilken, J., Medar, M., Bugarszki, Z., & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3), 44–59.
- World Health Organisation. (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organisation.
- Wyder, M., & Bland, R. (2014). The Recovery Framework as a Way of Understanding Families' Responses to Mental Illness: Balancing Different Needs and Recovery Journeys. *Australian Social Work*, 67 (2), 179–196.
- Yates, I., Holmes, G., & Priest, H. (2012). Recovery, place and community mental health services. *Journal of Mental Health*, 21(2), 104-113.

LISAD

Lisa 1. Koolituse Kliendist kodanikuks vaimse tervise valdkonnas tagasiside leht

TAGASISIDELEHT

Lugupeetud koolitusel osaleja!

Palume Teil anda oma hinnang toimunud koolitusele. Teie arvamus on meile oluline edasiste tegevuste kavandamisel ning elluviimisel.

.... (koolitusele hinnangu andmise osa välja jäetud)

Olen:

<input type="checkbox"/>	kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialist
<input type="checkbox"/>	kohaliku omavalitsuse allasutuse töötaja
<input type="checkbox"/>	muu

Järgnevad küsimused on vaimse tervise teenuste kohta Teie piirkonnas.

Hinnang 4-palli skaalal

Vaimse tervise häirega/probleemiga inimestele on olemas
piisavalt teenuseid

Nõustun

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ei nõustu

Millisele vaimse tervise probleemile ei ole Teie kodukohas lahendust või sobivat teenust?

.....

.....

Kust olete leidnud enda töö jaoks vajalikku infot vaimse tervise teemal?

.....

.....

Hinnang 4-palli skaalal

A) Kui mul oleks vaimse tervise probleem, siis ma ei
soovi, et teised sellest teaksid

Nõustun

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ei nõustu

B) Vaimse tervise probleemist on võimalik taastuda

Nõustun

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ei nõustu

C) Psüühikahäirega inimene on kogukonna liige nagu iga
teinegi

Nõustun

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ei nõustu

D) Vaimse tervise häirete üks peamisi tekke põhjusi on
inimese enda enesedistsipliini ja tahtejõu puudumine

Nõustun

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ei nõustu

Suur tänu tagasiside eest!

Lisa 2. Ekspertintervjuu plaan

Miks hakati Eestis rääkima deinstitutionaliseerimise vajadusest?

Kuidas Sa mõistad kogukonnapõhise teenuse olemust – milline on hea kogukonnapõhine teenus psüühikahäirega elavale inimesele nende taastumise jaoks?

Heaolu ja Taastumise Kool on rehabilitatsiooniteenuse osutaja, palun selgita teenuse osutamise protsessi ja meeskonnatööd.


Kes on kliendid? Millised on deinstitutionaliseerimise protsessis osalevate klientide eelistused ja vajadused?

Miks on rehabilitatsiooniteenuse raames vaja kogemusnõustaja teenust arendada? Milline teenus praegu on?


Milline võiks kogemusnõustja teenus tulevikus olla (erinevad võimalused)?

Kuidas toimub tulemuste mõõtmine? Kuivõrd hästi võimaldab SAMET mõõdik kajastada vaimse tervise muutusi?

Lisa 3. Persoonad

 <div> PIIA Moto: Olen iseenda õpetaja. </div>			
Vanus: Töökoht: Haridus: Eluukoht:	43 Juhuslikud massaažid tuttavatele (varem 10 a füsioterapeudina töötanud) Kõrgharidus Tartu sotsiaalkorter	Omadused:	Avatud, rõõmsameelne, aktiivne, lahke, oskab inimesi enda heaks tegutsema panna
Perekonnaseis ja lähisuhted:	- Vallaline (lahutatud ja varasema kooselu kogemusega) - 4 last (15, 14 ja 12 a kasvatavad isad, 8 a poeg Piiaga) - Ema-isa surnud (poeg sai isa järgi nimeks Evald) - Mitu õde-venda, kellega eriti ei suhtle - Sõpru pole – siiski paar inimest helistamiseks ja haiglasse suitsude toomiseks	Praegused teenused:	Saab ilma teenusteta hakkama – tugiisikut pole, samas õigesti pakutud abi võtab vastu
Meeldib:	- Kui pojal on mehe eeskuju - Mehed - Ilusad asjad - Seltskond (kui endal on hea olla) või teki all olemine (kui pole hea) - Eneseabi raamatud - Facebook - Laulmine, esinemine - Käsitöö tegemine – see tuleb hästi välja - Sport - kõndimine Anne kanali ääres, nooruses oli tiptasemel suusataja - Psühhoos (saab tegutseda, laulda, tantsida, remontida) - Oma psühhiaater (sest ta on kena mees, ravi osas on Piia ise oma kehaga kontaktis)	Ei meeldi:	- Ravimid - Rahaprobleemid - Õpetamine teiste poolt - Piirid
Eesmärgid:	- Põnev ja hea elu - Oma perega (mees ja poeg) elu Tartu äärelinna majas - Töö füsioterapeudina		

Persoona „Maria“

<div>  <div> MARIA <p>Moto: Igast jamast on võimalik välja tulla, et elu paremaks läheks.</p> </div> </div>			
Vanus: Töökoht: Haridus: Elukoht:	40 - Magistrikraad soome filoloogias, lõpetamata hooldusõeks õpe Tartu linn, varem olnud 4 a hooldekodus	Omadused:	Tagasihoidlik, küllaltki rõõmus, edasipüüdlik, vaatab helge pilguga tulevikku, leplik ja rahumeelne (tema lähedased ei ole teda halvas tujus näinud)
Perekonnaseis ja lähisuhted:	- Lahutatud - 7 a poeg - kasvatab isa ja tema uus naine, Maria ise loobus pojast, sest tundis, et ei saa hakkama, praegu suhtleb 1x nädalas - Ema, tädi, tädipojad - suhted hoolivad (kolis varem Sõmerust Võisikule, et pere oleks lähemal, peres ka teistel haigust, leebemalt)	Praegused teenused:	Erihoolekande toetavad teenused Töölane rehabilitatsioon Varem „haiglasõltlane“
Meeldib:	- Keeled (eriti soome k.) ja tõlketöö (tõlkis enne hooldekodu) - Oma elu planeerida - Suitsetamine - Varasem hooldekodus koristamine ja selle eest saadud väike tasu ja tunnustus - Muusika, eriti klaverimuusika (lõpetanud muusikakooli) - Loomad, nt hampster, kes varusid varub - Kui on lootust - Naerda, vaatamata kõigele - Vaikus ja rahu	Ei meeldi:	- Praegune olukord – tahaks paremat elukvaliteeti - Jõuetus haiguse ees - Piiratus – kui dikteeritakse iga samm ette - Kadedus - Mära - Suur seltskond ja palju inimesi enda ümber
Eesmärgid:	Saada koristajana tööle Minna Mõdrikusse sotsiaaltööd õppima On unistanud kogemusnõustajaks saamisest		

Lisa 4. Klienditeekond (autori koostatud (Stickdorn M. , 2011, lk 158-161) näitel)

Etapp	Enne teenust		Teenuse periood						Peale teenust		
	Vajaduse tekkimine ja otsimine	Valimine	Kasutamine			Grupikohtumised jätkuvad kaks korda kuus.	Kasutamine		Huvipõhised väikerühmad jätkuvad korra kuus.	Kasutamine ja toetamine	Järeltegevus
Kliendi vajadused Kuidas ja miks ilmnevad?	Uue elukohaga harjumine, toimetulek haigusega	Eelkohtumine sotsiaal-töötaja ja kogemus-nõustajaga	Osalemine 1. grupikorral, tutvumine koha ja inimestega	Osalemine 2. grupikorral (teg.juh. tuletas meelde ja soovitas minna)	Osalemine 3. grupikorral (meeldetuletus nädala plaanis, bussi graafiku uurimine)		Osalemine 1. ühistegevuses (kogemus-nõustaja helistab üle)	Osalemine huvipõhises väikerühmas (raamatuklubi, jalutuskäik, lauamäng jne)		Hindamine teenuse lõpus	Kohtumisel osalemine ja enese-hindamine
Emotsioonid Kuidas klient ennast tunneb?	Huvi kogemus-nõustajaga kohtumise vastu	Kliendi-lepingu vaatamisest väsinud, rõõmus kutse üle grupi-kohtumisele	Ärevus, kuidas jõuda kohale, kes veel tulevad, mis toimuma hakkab. Osalemine 1. korral pole keeruline – raskeid asju ei küsita, sõbralikud inimesed	Tulek juba tuttavasse kohta, pikalt ei taha endast rääkida	Ainult üks suur soov: saada tööle ja töötasu. Rõõmsaks teeb ka kui saan mahla, teed, kohvi juua, ilm on ilus, hea muusika ja kuulen häid uudiseid lähedastelt. Haigus võtab energiat.		Huvitav on. Pikalt käia oli raske, selg haige. Heameel, et kaaslased olid positiivsed	Uued kogemused. Võimalus ringi käia ja suhelda – see annab energiat ja teeb rõõmsaks. Vahepeal tahan ka välja puhata ja jätan mõnikord minemata. Rõõmustasin, kui sain olla kasulik (juhatasin teed)		Lõpetamine on negatiivne uudis, mis teeb kurvaks, isegi vihastab natuke. Grupp on tore olnud, inimesed tuttavad. Samas, kui rohkem ei kutsuta, siis lähen bussi peale ära.	Täidan analüüsi kiiresti ära. Olen uhke käekäigu üle.
Tähelepanekud Mis on oluline, mis on uus?	Koostöö erih. tegevus-juhendajaga (info, taotlus teenusele suunamiseks)	Lihtsas keeles kl.leping ja õiguste harta, info teg.juh-le (klient võib unustada)	Hubane keskkond, kohvi ja tee, aeg tutvumiseks	Harjutused koos piltidega. Ajakava teg.juh.-le nädala-plaanidesse	Kindlasti igaihe soovidega edasi töötada ja neist eesmärgid sättida		Pakkuda välja aktiivsemaid liikumisega tegevusi kui ka teema-arutelusid	Hoida tegevuste vahel mõistlik puhkeaeg.		Tunnustus, konkreetsed lubadused tulevikuks, (koostöö eestkostjaga)	Tunnustus enese-analüüsi eest

Lisa 5. Teenuseplaan (autori koostatud (Stickdorn M. , 2011, lk 206-207), (Grönroos & Gummerus, 2014, lk 203-214 põhjal)

	Enne teenust		Teenuse periood								Peale teenust
Füüsiline tõestus	Voldik, video „Kogemus-nõustaja teenus“	Eelkohtumine: suuline kutse gruppi, kliendileping	Klient grupiruumis	Klient grupiruumis	Klient grupiruumis, nimekiri 3 soovist	Grupikohtumised jätkuvad kaks korda kuus.	Tegevus linna-ruumis	Klient linnaruumis, graafik	Huvipõhised väikerühmad jätkuvad korra kuus.	Hindamise kokkuvõte, edasi suunamine	Järel-hindamine (Samet)
Kliendi tegevus	Info saamine tegevus-juhendajalt ja voldiku, video vaatamine	Kutse saamine gruppi, kliendilepingu allkirjastamine, õiguste hartaga tutvumine	Osalemine 1. grupikorral: tunneb end hästi	Osalemine 2. grupikorral: info iseenda kohta	Osalemine 3. grupikorral: soovid, unistused ja hobid		Osalemine 1. ühis-tegevuses	Osalemine huvipõhises väikerühmas (raamatuklubi, muuseum, jalutuskäik, lauamäng jne)		Hindamine teenuse lõpus	Kohtumise 1 osalemine ja enese-hindamine
Kontakt laval olevate/nähtavate töötajate/tegevusega	Tööpaar: kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja (erih. tegevus-juhendaja)	Kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja	Teenuse meeskond	Kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja	Tööpaar: kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja		Teenuse meeskond	Tööpaarid: 2 kogemus-nõustajat		Kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja	Kogemus-nõustaja ja sotsiaaltöötaja
Kontakt lavataguste töötajate/tegevusega	Teenuse meeskond	Kokkulepped eelkohtumiseks (kava)	Tehnilised lahendused töötavad sujuvalt	Rehabilitatsiooniplaani ülevaatamine, seostamine taastamiskursusega	Teenuse meeskond		Tehnilised lahendused töötavad sujuvalt	Teenuse meeskond		Rehabilitatsiooni meeskond	Rehabilitatsiooni meeskond
Toetavad protsessid	Voldikud trükitud, video ja tutvustus kodulehel	Reh. suunamine ja rahastus, koostöö KOV-iga (eestkoste), korras	Keskond gr.ruumis, kohvipaus, harjutused, koristus	Arutelud, nt. kuidas soove koguda, kohvipaus, koristus	Ajurünnak soovide täitmiseks, kohvipaus, koristus		Ajurünnak huvide ja inimeste sobitamiseks	Raamatupidamine		Koostöö KOV-iga (eestkoste), korras rahastus	Kliendi-andmesüsteem

Lisa 6. Klientide fookusgrupi intervjuu (koostatud Heaolu ja Taastumise Kooli Kvaliteedi käsiraamatu alusel)

Konfidentsiaalsuse meeldetuletus, et hiljem nime ei kasutata

OSALEJAD: Ütle palun ees ja perekonnanimi

MEESKOND:

Sissejuhatus: Millega küsimused on seotud, kui kaua oled kuulunud Heaolu ja Taastumise Kooli (HKooli) kogukonda?

Kas oled osalenud taastumiskursusel või iseseisva elu kursusel?

Kas teenuseosutamine on suunatud kohalolule?

Kuidas HKooli töötajad on olemas olnud? Kas on jagunud piisavalt aega ja tähelepanu? Kas olete tundnud end hästi ja turvaliselt või ebaturvaliselt?

Kuidas kliendid tunnevad, et tugiteenuse osutajad soovivad nendega luua suhet, mis põhineb isiklikul kohtumisel.

Kuidas kliendid tajuvad, et tugiteenuse osutaja on nende jaoks olemas, et tal jagub piisavalt aega ja tähelepanu, et ta pakub turvalisust ja püüdleb teadlikult koostöösuhte poole.

Kas teenuste osutamine on suunatud taastumisele?

Kuidas grupitöös osalemine on toetatud teie personaalset taastumist?

Kuidas tugiteenuse osutajad pakuvad toetust, mis keskendub kliendi soovide ja vajadustega, aga ka võimaluste ja piirangutega sobivale taastumisele, arengule ja elukvaliteedile.

Kas teenuste osutamine on suunatud tugevustele?

Kuidas me oleme aidanud leida tugevusi?

Kirjelda palun, milliseid tugevaid külgi ja võimalusi oled sel aastal (taas) teadvustanud/ endas avastanud?

Milliseid igapäevaeluks vajalikke kogemusi oled saanud ja kasutanud? Kuidas töötajad on aidanud neid kogemusi taastumiseks ja arenemiseks kasutada. Kolmas tugevustele suunatud töö aspekt on keskkonnas ja sotsiaalses võrgustikus olemasolevate loomulike abiallikate kasutamine.

Kas tugiteenuse osutajad töötavad vastavalt reahabilitatsiooni metoodikale (teadlikult ja pädevalt)?

Kuidas on välja paistnud HKooli töötajate oskused?

Kuidas Sa iseloomustaksid töötajate tööd Sinuga? Kas töötajad räägivad arusaadavalt? See toimub teadlikult ja pädevalt?

Kas oled koostanud endale isikliku profiili ja tegevusplaani või on töö aluseks toetuskava?

Kas klient teab töötajaid oma ümber?

Nimeta kõige olulisem inimene, kes saab aidata sul toetustes ja teenustes orienteeruda?

Kuidas (töötaja) on Sinu huve esindanud? Aidanud Sul seista oma õiguste eest?

Kas teenuse osutamise ajal selgitatakse sinu rehabilitatsiooniplaanist tulenevaid võimalusi ning aidanud valida sobivaid teenuseid/ toetusi?

Kuidas meeskond järgib kvaliteedijuhtimise põhimõtteid? Klienditöö kvaliteediring: hindan, planeerin, teostan.

Kuidas tugiteenuse osutajad õpivad iga päev, klientidelt ja kolleegidelt ning koos nendega?

Jätkutegevus:

Mida me sellest koostööprotsessist/ aastast oleme õppinud, mis järeldused teeme? Millised on ettepanekud ... aasta kooolitusplaani?

Parendusettepanekud:

Lisa 7. Hindamisraamistik SAMET

Allikas: (Slade & Wallace, Recovery and Mental Health, 2017, lk 26), D.Narusson suuline teade 13.07.2017.

Kuidas Heaolu ja Taastumise Kooli teenuse kasutamine on mõjutanud isiklikku taastumist/tegevusvõimet

Palun hinda oma rahulolu 1-5

STAATUS – SEOTUS – RAHULOLU

Rahulolu, mis on mul olemas?

Toetus professionaalidelt, perelt, sõpradelt ja teistelt tuge pakkuvatelt inimestelt, teistelt taastujatelt, kaaslastelt – Kas oled saanud tuge ... *nimeliselt*?

Toetus taastujate ühendustelt, eneseabigruppide

Kogemusnõustajaks saamine

Olemasolevate suhete ülesehitamine

Uute suhete loomine, hoidmine – Kas Sa oled leidnud uusi sõpru? Kas oled sõpru hoidnud?

Kogukonnaliikmena abi vastuvõtmine ja abi pakkumine

Kogukonna organisatsioonide liikmeks astumine

Aktiivseks kodanikuks saamine

Ühiskonnaga seotuse kogemine, saavutamine

Hinnang kokku (1-5):

ABI ENESELE JA SELLE TÄHENDUS

Kas tead, kelle käest ja mis abi saab. Kas tead, kust abi saada ja kelle poole pöörduda?

Vaimse tervise (haiguse) kogemuse tähenduse leidmine

Spirituaalsus

Elukvaliteet: heaolu, baasilised vajadused, töö, vabaajaja tegevused, haridus

Tähendusrikas elu

Sotsiaalsed eesmärgid

Sotsiaalsed rollid

Oma elu ülesehitamine

Hinnang kokku (1-5):

MOTIVATSIOON – LOOTUS JA OPTIMISM TULEVIKU SUHTES - POSITIIVSUS

Kas oled rahul, sellega, millega tegeled? Mis annab positiivset tunnet? Mis Sulle meeldib?

Usk, et taastumine on võimalik

Motivatsioon muutuda

Lootust sisendavad/ andvad suhted (rolli eeskujud)

Positiivne mõtlemine, edu märkamine ja väärtustamine

Unistuste ja soovide omamine

Hinnang kokku (1-5):

ENESETEADLIKKUS- IDENTITEET - TEADLIKKUS

Erinevad identiteedi elemendid: kultuuri spetsiifilised, soo ja seksuaalsusega seotud identiteet, etniline identiteet, ühiskonna poolt mõjutatud individualistlik-kollektivistlik identiteet

Positiivse enestaju uuesti defineerimine ja uuesti ülesehitamine

Hinnang kokku (1-5):

TUGEVUSED

Isiklik vastutus, mis väljendub järgmiselt:

Toimetulekuoskused, sümptomitega toimetulek

Eneseabi, resilentsus, säilenõtkus, tugevustele fookusseerimine, taastumisloo jagamine, et enesega toimetulekut tutvustada

Positiivne riskivõtmine, oma elu üle kontrolli võtmine: valikud, iseseisvuse taotlemine, autonoomia

Otsustusprotsessides osalemine, planeerimine, kriisijuhtumise planeerimine, eesmärkide määratlemine, ravimite võtmise strateegiad

Juurdepääs teenustele

Hea füüsilise tervise ja vaimse tervise hoidmine päevast päeva ja kontrolli omamine oma elu üle

Jõustatud ühiskonnaliikmeks saamine, taastununa jõustatud olemise mudeldamine/ hoidmine

Hinnang kokku (1-5):

Lisa 8. Kogemusnõustajate fookusgrupi kava

Mida DI kliendid vajavad teie kui kogemusnõustajate meelest?

Mis on olnud teie jaoks meie lubadus neile (töö eesmärk)?

Kuidas on lubadused ja lubaduste täitmine kooskõlas? Kuidas oleme HKoolis suutnud neile vajadustele vastata?

Milline on ettevõtte reputatsioon? Kas seda on uuritud, kuidas?

Milline on teie kui kogemusnõustajate kogemus teenuse osutamisel – väikesed ja suured võidud?

Mida olete enda juures avastanud (head või arengukohti) kogemussõbra teenuse osutamisel?

Kas ja kuidas on teenuse osutamine arengule suunatud?

Mida edaspidi peaks silmas pidama, et toimuks areng edasi ja lisaväärtuse loomine?

Jätkusuutlikkus - mida saaksime teha, et häid tulemusi saada ja halbu tulemusi ennetada?

Mida teha, et töö oleks tulemuslik?

Lisa 9. Eelarve

	EELARVED	2018	2019	2020
1	Grupikorrad koos eel- ja järelnõustamisega	8,190	9,828	9,828
	Klientide arv perioodis	10	12	12
	Grupikordade arv perioodis	24	24	24
1.1	Teenuse kulud grupikorra ajal:	5,040	6,048	6,048
1.1.1	Kogemusnõustaja grupinõustamine - palgakulu (tunnihind)	3	3	3
	.... tundide arv	3	3	3
1.1.2	Sotsiaaltöötaja grupinõustamine - palgakulu (tunnihind)	4	4	4
	.... tundide arv	3	3	3
1.2	Kulud eelnõustamisel ja hindamisel:	1,260	1,512	1,512
1.2.1	Eelnõustamine ja järeltoetus - sotsiaaltöötaja ja kogemusnõustaja palgakulu (osaleja kohta)	126	126	126
	.... osalejate arv	10	12	12
1.3	Administreerimine, 30% teenuse palgakulust (ruum, tehniline tugi, infomaterjalid, kontoritarbed, kohvipaus)	1,890	2,268	2,268
2	Ühistegevused	3,540	4,251	4,251
	Ühistegevuste arv perioodis	4	4	4
	Klientide arv perioodis	10	12	12
2.1	Läbiviijate palgakulu (2 kogemusnõustajat, 1 sots.töötaja) koos ettevalmistusega	3080	3696	3696
2.2	Tegevuskulud, ca 15% müügitulust	460	555	555
3	Huvipõhised väikerühmad	7720	9264	9264
	Huvipõhiste väikerühmade arv perioodis	12	12	12
	Klientide arv perioodis	10	12	12
3.1	Kogemusnõustajate palgakulu (4 in, 2 tööpaari) koos ettevalmistusega	6720	8064	8064
3.2	Tegevuskulud, ca 15% müügitulust	1000	1200	1200
4	Koolitused ja supervisioon:	2400	2400	2400
	Supervisioonide arv perioodis	12	12	12
	Supervisiooni/ koolituse maht	4	4	4
4.1	Läbiviija tasu (tund)	200	200	200
5	Kogemusnõustaja töötoad kogukonnale	0	100	100
5.1	Ruumid ja tehnika	0	30	30
5.2	Kogemusnõustaja palgakulu	0	70	70
6	Teenuste kulud perioodis	21,850	25,843	25,843
7	Tegevustoetus	21,850	25,743	25,743
8	Müügitulu kokku	0	200	220
8.1	Töötoa pileti tulu	0	100	120
8.2	Kogemusnõustaja töötoa kulude katteks	0	100	100

Lisa 10. Sotsiaalne ärimudel (autori koostatud Osterwalder, Pigneur 2010, lk 265 näitel)

Kogemusnõustamise teenuse visioon: Olla innovatiivne ja ühtset kogemusnõustamise tööks vajalikku metoodikat valdav professionaalne meeskond Eestis.				
Võtmepartnerid <ul style="list-style-type: none">- Hoolekandetasutused- Psühhiaatriaiglad- Lähedased ja eestkostjad- Kohalikud omavalitsused- Erialaorganisatsioonid- Tööandjad- Rahastajad: Sotsiaalkindlustusamet, Töötukassa, kohalik omavalitsus- Kogukonnad- MTÜ liikmed ja töötajad- Tugiprotsessid: IT tugi ja raamatupidamine- Meediaväljaanded- Töötajad- Vabatahtlikud	Võtmetegevused <ul style="list-style-type: none">- Uuenduslik teenuse arendus- Kogemusnõustajate kaasamine ja kogemusteadmise integreerimine professionaalse teadmisega- Taastumismõtteviisi õpetamine ja metoodilised kliendikohtumised- Läbipaistev suhtlus rahastajaga- Olla „nähtav“ võtmepartnerite jaoks- Töötaja motiveerimine koolituste ja hüvedega	Väärtuspakkumine <ul style="list-style-type: none">- Abi elu ülesehitamisel ja sotsiaalsete rollide taastamisel ja hoidmisel- Kogukonna liikmeks olek- Eneseteadlikkus ja rahulolu oskuste ja saavutuste üle taastumise teekonnal- Loovad ja nauditavad ühistegevused	Suhted kliendiga <ul style="list-style-type: none">- Lootust, julgust ja sihikindlust väärtustav- Loov ja paindlik- Kliendi vastutust taastumisel toetav- Võrdväärne- Professionaalne	Kasusaajad <p>Kliendi segmendid on:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kohanev klient – suure toetusvajadusega klient, kes osaleb deinstitutionaliseerimise protsessis ja kellel on psüühikahäire- Lõimuv klient – keskmise toetusvajadusega klient, kes on tööellu taastumas või vajab tuge töörollide hoidmisel- Tasakaalustuv klient – suure toetusvajadusega ja baasturvalisust ja kohalolu vajav klient
	Võtmeressursid <ul style="list-style-type: none">- Inimesed: töötajad- Teadmised ja oskused- Kogemusteadmine- Kaubamärk taastumisvõtete kool (<i>recovery college</i>)- Partnerluskokkulepped- Ruumid- Rahavoog		Kanalid programmi elluviimiseks <ul style="list-style-type: none">- Näost-näku kohtumised- Elektroonilised: koduleht ja e-kirjad- Trükitud materjalid- Partnerid ja soovitajad- Sotsiaalmeedia võrgustik- Erialaorganisatsioonid ja töögrupid- Ajakirjandus	
Kulude struktuur <ul style="list-style-type: none">- Inimeste tööjõud- Teenuse arendus- Ruumid, kommunaalkulud, majapidamiskulud- Koolitus ja supervisioonikulud			Tuluvood <ul style="list-style-type: none">- Teenuse maksumus riikliku hinnakirja alusel.- Koolitused.	
Mõju <p>Paranenud on kasusaajate staatus, abi võimalused, motivatsioon, eneseteadlikkus ja isiklik vastutus.</p>				

SUMMARY

DEVELOPMENT OF PEER-LED SERVICE FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDER ON THE EXAMPLE OF TARTU

Anna Toots

The development of community-based services in Estonia is relevant to the transformation of large special care institutions and the movement of people with mental disorders into new communities in larger cities and towns, including one of the first in Tartu. The Well-being and Recovery College is a provider of mental health services for people with mental disorders, whose rehabilitation team includes peer counselors. For a service provider, a novel way of working is to support a client with a mental disorder in his new community in Tartu through a community-based service, with peers involved.

Problem of the Master's thesis was: what is the community-based peer-led support for a person with mental disorder and what needs to be taken into account by the service provider as peers are in the team? On the basis of the research question, the aim of the Master's thesis was to design community-based peer-led service for people with mental disorders living in Tartu.

The following research tasks are performed to fulfill the objective:

- To find characteristics of the customer behaviour in the sphere of psychic disorder, by analyzing the academic literature;
- Analyze the specifics and opportunities of mental health services for the development of community-based mental health services for people with mental disorder;
- To define a process and methodology for designing a community-based peer-led service;
- To identify possibilities of Estonian mental health services, incl peer-led services for people with mental disorder;
- To define the survey methodology used to develop a peer-led community-based service;
- To identify, in the example of the Tartu city, the expectations of the peer-led community-based service among customers and providers, to collect and systematize the data;

- Design a peer-led community-based service for a customer with a mental disorder as a result of the study.

People with a mental illness have a high need for help and have difficulty understanding perceptions, communication and social contacts (Harvey 2011). The difficulty is that people with mental disorders may have experienced an earlier social exclusion (Drew 2011). These people may lack the ability to take decisions that affect their lives. At the same time, they describe the expectations of equal decision making and the individual needs of the service provider (Hollander & Wilken 2015). An ecosystem of services for the recovery includes various mental health services such as treatment, rehabilitation and special care, as well as self-help and advocacy and general public services, as well as families (Anthony & Farkas 2009). Recovery-centered approach to service provision is to have peers formally in teams providing social, emotional and practical support for people with mental difficulties (Davidson, Chinman, Sells & Rowe 2006, Faulkner & Basset 2012, Repper & Carter 2011).

The empirical part describes the steps for creating peer-led community-based service. An activity survey was carried out based on four steps of service design: gathering information, analyzing data, developing ideas and concepts, and providing services. After a year an evaluation was done.

A peer is conducting a group program whose main goal is social recovery of clients with mental disorders. The peer helps the client set goals and sets up a recovery plan. The desired changes will be achieved through joint activities. The service includes group meetings with lectures and discussions, and interest-based skills training in urban areas for both the group at a time and in small groups.

Also the distribution of the team's roles was clarified and there were benefits of providing the service to both the client, the peer and the service provider/ employer. Team training plan was described to support teamwork and provide supervision.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anna Toots

(autori nimi)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose
Kogemusnõustaja teenuse arendamine psüühikahäirega inimestele Tartu linna näitel
(lõputöö pealkiri)
mille juhendaja on PhD Arvi Kuura
(juhendaja nimi)
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digiaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digiaalarhiivi Dspace kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 21.05.2018